

EL FUNCIONAMIENTO DE LA AUDITORIA EN EL FONDO LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
PALMIRA

ANDREA JOHANNA PARRA MARTÍNEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
CONTADURÍA PÚBLICA
PALMIRA
2008

EL FUNCIONAMIENTO DE LA AUDITORIA EN EL FONDO LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
PALMIRA

ANDREA JOHANNA PARRA MARTÍNEZ

TRABAJO DE GRADO
MONOGRAFÍA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
CONTADORA PÚBLICA

ASESOR DE MONOGRAFIA
JOSE OLIVAR MOSQUERA MOSQUERA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
CONTADURÍA PÚBLICA
PALMIRA

2008

NOTA DE ACEPTACION

El presente trabajo fué aprobado por el director de la sede regional Palmira de la Universidad del Valle, el asesor de trabajo de grado y los jurados, en cumplimiento de Los requerimientos exigidos por esta institución para optar por el título de Contadora Pública.

ROBIN NELSON DIAZ

Director Sede Palmira

JOSE OLIVAR MOSQUERA M

Asesor Trabajo de Grado

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia y especialmente a mi madre quien me ha dado el apoyo moral y me ha impulsado a seguir adelante sin importar las dificultades que se presenten.

A mi tío MARCO AURELIO a quien considero como mi padre y lo quiero con toda mi alma, siempre le estaré agradecida por darme la oportunidad de estudiar, ya que sin su ayuda económica no lo hubiera alcanzado.

También le dedico este logro a todas las personas que estuvieron siempre a mi lado.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a DIOS por permitirme realizar mi sueño: SER UNA PROFESIONAL.

Agradezco a mis profesores por haberme transmitido sus valiosos conocimientos a lo largo de mi carrera quienes compartieron conmigo su experiencia profesional.

A las personas de las entidades a las cuales visité en busca de su colaboración abriéndome los espacios en las instituciones que fueron indispensables en el desarrollo de este trabajo.

Agradezco especialmente a mi asesor JOSE OLIVAR MOSQUERA, quien se encargó de orientarme en el desarrollo de la investigación, desde el momento en el cual le manifesté mi inquietud acerca del tema, pues siempre anhelé su dirección en esta investigación pues es una persona idónea en este tema. Le agradezco la confianza que tuvo en mi proceso de formación y de investigación como parte de ésta.

Le agradezco profundamente por el compromiso con el que asumió la dirección de mi trabajo de grado, cada palabra en cada encuentro, cada minuciosa lectura y devolución han contribuido con el proceso de hacerme profesional y con los primeros cimientos de la construcción que estoy haciendo. Gracias a su orientación nunca me sentí perdida. Por el contrario su asesoría me permitió siempre visualizar opciones y posibilidades que llevo como una luz en el camino de la consecución de mi objetivo y que continuaré portando en el camino hacia futuras conquistas.

RESUMEN

En el siguiente trabajo se tienen en cuenta una serie de teorías y autores para la construcción de un marco teórico partiendo del problema de investigación que es el funcionamiento del Fondo Local de Salud del Municipio de Palmira, además, se tiene presente el marco jurídico, donde mas adelante se explican las herramientas a utilizar en la investigación.

Después de esto se explica la normatividad que compone el Fondo Local de Salud, consecutivo a ello se explica de una forma amplia y clara el funcionamiento del fondo local de salud y finalmente se presentan los resultados de la investigación partiendo de las entrevistas y el material recolectado durante la investigación realizando un 'paralelo entre la situación actual y lo ideal realizando las correspondientes recomendaciones y conclusiones.

Algo que se puede destacar del funcionamiento del fondo local de salud es que se acogen a toda la parte normativa en cuanto a contratación, presentación de información ante las entidades de control y vigilancia, aunque existen falencias en la parte de la generación de información, la infraestructura de algunas ARS donde se atienden a los usuarios pero en general el funcionamiento del fondo local de salud se puede decir que es buena.

PALABRAS CLAVES

FONDO LOCAL DE SALUD Conjunto de entidades de Salud a nivel Local que se encarga de Administrar y manejar los Recursos Financieros asignados para dicho sector.

AUDITORIA EN SALUD Es la rama de la Contabilidad que se encarga de ejercer un Control y Vigilancia sobre el Sector de la Salud en Colombia.

ARS Las Administradoras del Régimen Subsidiado en Salud son entidades que se encargan de Administrar los recursos asignados por el Fondo Local de Salud para atender una población determinada del Régimen Subsidiado.

UPC La UPC o Unidad de Pago por Capitación es un porcentaje pagado a las entidades del fondo para una población escogida por estas entidades.

PAMEC Son los Planes de mejoramiento en Auditoria que tiene la ESE San Vicente de Paúl, que permite dar una visión interna de la entidad sobre el funcionamiento de la auditoria.

NTGCP 1000-2004 Son Normas Técnicas generales de contaduría pública en la cual se basa la ESE Raúl Orejuela Bueno para ejercer controles internos, garantizando la calidad en el servicio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	11
1. ANTEPROYECTO	12
1.1. ANTECEDENTES	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.3. OBJETIVO GENERAL	17
1.3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	18
1.5. MARCO TEORICO	20
1.5.1. ESTADO DESCENTRALIZADO POR SECTORES (SALUD)	21
1.5.2. ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	23
1.5.3. SISTEMA DE SALUD PÚBLICA	26
1.6. MARCO CONCEPTUAL.....	28
1.7. MARCO CONTEXTUAL.....	31
1.8. MARCO JURÍDICO	35
1.8.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991 EN LOS ARTÍCULOS 48 Y 49	36
1.8.2. LEY 100 DE 1993 SOBRE SISTEMA INTEGRAL DE SALUD EN COLOMBIA.....	36
1.8.3. LEY 10 DE 1990 POR LA CUAL SE REORGANIZA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.....	36
1.8.4. DECRETO 1757 DE 1994 QUE ESTABLECE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	36
1.8.5. LEY 23 DE 1981 LLAMADA LEY DE ÉTICA MÉDICA.....	37
1.8.6. RESOLUCIÓN 5261 DE 1994 POR LA CUAL SE ESTABLECE EL MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	37
1.8.7. DECRETO 2174 DE 1996 EL CUAL DEFINE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	37
1.8.8. EL ARTÍCULO 14 DE LA AUDITORIA MÉDICA	37
1.8.9. LEY 715 DE 2001 POR LA CUAL SE DICTAN NORMAS ORGANICAS EN MATERIA DE RECURSOS Y COMPETENCIAS DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 151, 288, 356 Y 357 (ACTO LEGISLATIVO 01 DE	

2001) DE LA CONSTITUCION POLITICA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES PARA ORGANIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE EDUCACION Y SALUD, ENTRE OTROS.	38
1.9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	39
1.9.1. ESTRATEGIA O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	39
1.9.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
1.9.3. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
1.9.4. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	40
1.9.5. TRATAMIENTO ESTADISTICO	40
1.9.6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	41
2. DOCUMENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD.....	44
2.1. NORMATIVIDAD DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD	44
2.2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD.....	51
2.2.1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD	51
2.2.2. ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA LOCAL DE SALUD DE PALMIRA	53
3. DEFINICIÓN DE CÓMO LA AUDITORIA AYUDA A VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO ADECUADO DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD.....	56
3.1. Métodos y procedimientos utilizados en la Auditoria en Salud.....	56
3.2. Manuales de Funciones de la Auditoria en Salud	66
3.3. Papeles de trabajo de la auditoría en Salud.....	67
4. DETERMINACIÓN DE ASPECTOS A MEJORAR EN LA AUDITORIA EN SALUD	70
4.1. Análisis de la información obtenida por las técnicas de recolección de datos.	70
4.2. Paralelo entre la situación actual y lo que debería ser.	71
4.2.1. CONDICIONES ACTUALES.....	71
4.2.2. CONDICIONES IDEALES	73
RECOMENDACIONES.....	85
CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFIA.....	91
ANEXOS	95

LISTA DE TABLAS

ENTREVISTA 1	76
ENTREVISTA 2	76
ENTREVISTA 3	77
ENTREVISTA 4	77
ENTREVISTA 5	78
ENTREVISTA 6	79
ENTREVISTA 7	80
ENTREVISTA 8	80
ENTREVISTA 9	81
ENTREVISTA 10	82
ENTREVISTA 11	83
ENTREVISTA 12	84

LISTA DE FIGURAS

ILUSTRACIÓN I TEORIAS A UTILIZAR EN AUDITORIA EN SALUD.....	20
ILUSTRACIÓN II PROCESO DE IDENTIFICACION BENEFICIARIOS.....	34
ILUSTRACIÓN III MARCO JURIDICO	35
ILUSTRACIÓN IV PROCESO DE CONTRATACIÓN EN EL FLS	52
ILUSTRACIÓN V ENTIDADES QUE CONFORMAN EL FLS.....	14
ILUSTRACIÓN VI FASES DE LA AUDITORIA.....	57
ILUSTRACIÓN VII SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU	67
ILUSTRACIÓN VIII FUNCIONAMIENTO IDEAL DEL FLS	74

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I ENTREVISTAS	95
ANEXO II LEY NÚMERO 1122 DE 2007	106
ANEXO III MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	136

INTRODUCCION

El siguiente trabajo nace de la inquietud por conocer el funcionamiento del fondo local de salud en el municipio de Palmira y la necesidad de realizar las auditorías de esta área por un Auditor Médico de Profesión Médico con dicha especialidad. Además, se podrá apreciar la estructura jurídica o normativa que conforma dicho fondo como son la normalización que realiza la Constitución Política de 1991, la Ley 715 de 2002 que crea los fondos locales y las demás normas que regulan el funcionamiento del mismo.

Se podrá apreciar de manera gráfica la forma cómo funciona el fondo local de salud y las entidades que participan en su funcionamiento. Adicionalmente se mostrará la estructura de una auditoría a este sector teniendo en cuenta los informes a presentar, las entidades que participan en el control y vigilancia del fondo local de salud y los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los funcionarios de las distintas entidades que fueron objeto de investigación.

Finalmente se presentarán las respectivas conclusiones y recomendaciones realizadas al fondo local de salud para un adecuado funcionamiento, el cual se espera sean tenidas en cuenta en algún momento.

1. ANTEPROYECTO

1.1. ANTECEDENTES

La auditoría se hace necesario implementarla en las entidades de salud para ejercer un control y cumplimiento de los deberes y obligaciones de estas empresas para con los usuarios de este servicio y para minimizar en un grado razonable los riesgos de cometer errores.

En Colombia existen entidades que se encargan de ejercer vigilancia, tales como: la Superintendencia Nacional de Salud, la Secretaría de Salud Nacional, Departamental y Municipal, no obstante, en estas instituciones todavía existen deficiencias en este campo debido en parte a fallas administrativas que no son de ahora sino que vienen de años anteriores y que se han tratado de corregir con la auditoría a estos establecimientos.

Antes de la reforma de la Constitución Política de 1991 se dió a conocer en Colombia el rol de la auditoría médica, la cual fué evolucionando con el tiempo, dando lugar a la especialización de médicos en esta área. Después de esta reforma a la Constitución se reconoció una serie de derechos y obligaciones que tienen tanto el trabajador como el empleador en cuanto a la seguridad social, y con la aparición de la ley 100 en 1993 se amplió la seguridad social familiar que paso de ser para la madre y el hijo de una permanencia temporal a permanente, a la cual se vinculó la acción de tutela como mecanismo de defensa de los derechos fundamentales, y estos a su vez se convirtieron para él usuario o paciente en componentes para defender sus derechos.

Con la ley 100 de 1993, aparecen las ESES (Empresas Sociales del Estado). En el Municipio de Palmira existen dos **ESES**: HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL; igualmente el municipio cuenta con tres **ARS** (Administradoras de Régimen Subsidiado en Salud): CAPRECOM, EMSANAR Y SELVASALUD, además; el municipio de Palmira cuenta con fondos de pensión y las administradoras de riesgos profesionales. También, se generan dos regímenes para el funcionamiento del sistema de salud, el Régimen contributivo y el Régimen subsidiado que implican la vinculación de la población a estos dos regímenes de acuerdo a los requisitos exigidos por la ley 100 de 1993 para pertenecer a éstos.

El gobierno nacional por medio de sus entes de control hacia las empresas de salud dictó unos parámetros para su supervisión, vigilancia y seguimiento a la destinación de recursos, viéndose en la necesidad de crear los fondos locales de salud mediante la Ley 715 de 2001, donde define a dichos fondos locales de salud como aquellos fondos municipales encargados de ejecutar y distribuir los recursos recibidos por el gobierno para el sector de la salud, además, estos fondos se encargan de orientar los planes planteados por el gobierno para cada período y de vigilar que se cumplan las funciones que se plantean en esta ley, entre otras disposiciones que dictó el gobierno en materia de educación y transporte.

A nivel nacional varios autores se han pronunciado acerca de la auditoría en salud, pero desde diferentes ángulos.

Uno de ellos es el de Francisco Álvarez Heredia quien comenta en su libro *Calidad y Auditoría en Salud*, los niveles en los cuales se clasifica el Sistema de Salud de acuerdo a su complejidad y comenta sobre las normas ISO que se deben tener presente en este sector y aquellos procedimientos de control que se deben seguir en una entidad de salud del país.

Igualmente, Braulio Mejía García en su libro *Auditoría Médica* nos habla sobre cómo se encuentra conformado el Sistema de Salud Colombiano, su normatividad, los procedimientos de control que se llevan a cabo en estas entidades y quiénes ejercen dicho papel de auditores, teniendo en cuenta los requisitos legales exigidos para dicho ejercicio, sin dejar de lado los niveles de calidad con los que debe cumplir una entidad del Sector de la Salud.

Por otro lado, Edgar González Salas plantea en su libro *El Laberinto Institucional Colombiano* cómo era la asignación de funciones y recursos para las entidades del Sistema de Salud antes y después de la reforma constitucional del 91 y antes de la creación de la Ley 715 de 2001 que dicta la creación de los fondos locales de salud.

En el municipio de Palmira el Fondo Local de Salud siendo más precisos la Secretaría de Salud Municipal se rige por el MANUAL INDICATIVO DE PROCESOS PARA LA GESTIÓN MUNICIPAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD emitido por el Ministerio de la Protección Social, en la cual se muestran los procesos de selección y afiliación de las personas beneficiarias del Régimen Subsidiado de Salud, normas, controles, contratación, administración y financiación del fondo Local de Salud.

Dicho manual se encuentra dividido en varios capítulos en los cuales se plantea el objetivo, las dependencias y cargos que intervienen, la base documental y de soporte, los factores de riesgo, las medidas y políticas de autocontrol, los procesos y el diagrama de flujo correspondiente a cada capítulo.

En el capítulo correspondiente a la identificación, selección y priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud su objetivo es consolidar en un solo archivo magnético, la base de datos depurada de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en salud; entre las dependencias y cargos que intervienen se encuentran la Alcaldía Municipal (Alcalde), la Dirección Territorial de Salud (secretario o director de salud) entre otras dependencias involucradas. Estos procedimientos se documentan en cada capítulo, con el fin de cumplir con lo planeado para el año respecto al programa del Fondo Local de Salud y así al final del año realizar los informes de gestión del área.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Para llegar a un posible problema de investigación se hace necesario tener en cuenta tres aspectos importantes que dependiendo del interés personal permiten definir el problema de investigación.

El primero de ellos es definir si deseo hacer la investigación a nivel nacional, en este caso el problema sería: Observar y analizar el funcionamiento de la auditoría en salud en el territorio nacional.

El segundo aspecto a tener en cuenta es si se desea realizar la investigación a nivel departamental, en ese caso el problema se plantearía así: Observar y analizar el funcionamiento de la auditoría en salud en el departamento del Valle del Cauca.

El tercer aspecto a tener en cuenta sería a nivel municipal o Local y en este caso el problema se podría plantear de la siguiente manera: Observar y analizar el funcionamiento de la auditoría en salud en el área local.

Teniendo en cuenta las posibilidades de acceder a la información de forma más viable se cree que sería mejor, plantear el problema desde el punto de vista Local; dado que la contribución con la investigación puede ser mayor que con cualquiera de los dos aspectos anteriormente mencionados. Asumiendo que el municipio es la unidad fundamental de la investigación podremos obtener información acerca del programa de salud pública local.

El problema a plantear para la elaboración del anteproyecto es **examinar el funcionamiento de la auditoría en el fondo local de salud de la ciudad de Palmira, teniendo en cuenta la manera cómo las diferentes entidades de control y vigilancia utilizan las herramientas que tienen a su alcance.**

Por lo anterior, se destacan a continuación los siguientes aspectos a considerar en este estudio:

ACTORES: los actores de la investigación son la Superintendencia de salud, el sistema local de salud, conformado por la secretaría de salud municipal, las ESE, EPS, IPS, ARS.

TIEMPO: la investigación se realizará recopilando información desde la aparición de los sistemas locales de salud en Colombia, es decir, desde el año 2002 hasta el año 2006.

ESPACIO: el espacio escogido para realizar la investigación será las entidades públicas de salud de la ciudad de Palmira.

En cuanto al Régimen Subsidiado, es necesario determinar el fin de las ARS, de manera que se perciba su aporte al funcionamiento del sistema y el impacto de las secretarías de salud en la administración del sistema local de salud.

1.2.1 PREGUNTAS PARA PLANTEAR LOS OBJETIVOS

¿De qué manera son utilizadas las herramientas de auditoría para propiciar un mejor funcionamiento del Sistema Local de Salud de Palmira?

¿Cómo funciona el sistema integral de salud en Colombia y los fondos locales de salud?

¿Cómo interviene la auditoría en el funcionamiento del sistema local de salud?

¿Cuáles aspectos deben mejorarse en la auditoría en salud?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Describir el funcionamiento del Sistema Local de Salud de Palmira, teniendo en cuenta, las herramientas utilizadas por las entidades para su control.

1.3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ⌚ Detallar el funcionamiento del Sistema Local de Salud.
- ⌚ Especificar la manera en que la Auditoría en salud ayuda a verificar el funcionamiento adecuado del Sistema local de salud.
- ⌚ Proponer los aspectos a mejorar en el control y la administración del Sistema Local de Salud.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta lo planteado por la ley 100 de 1993 que crea el sistema integral de salud y la ley 715 de 2001 que reglamenta la prestación de salud entre otros y los decretos reglamentarios de éstas que sirven de base para los municipios.

Esta investigación se hace necesaria e importante porque, de acuerdo al funcionamiento que tenga el control en el sistema local de salud, deberán considerarse los resultados que produzca una auditoría en dicho sistema de tal manera que se maximicen los recursos destinados por el Estado para el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar general. Además, se hace necesario definir cuál es la importancia y funcionamiento de las ARS en el sistema local de salud para determinar el manejo de los recursos en estas instituciones. En las entidades de salud de la ciudad deben llevarse a cabo unos controles y procedimientos a los procesos de las entidades; se realizará una verificación del cumplimiento de dichos procedimientos y controles a partir del análisis de los resultados mostrados en la investigación para llegar a una conclusión acerca de esto.

Por eso en la profesión contable es importante debido a que la Auditoría en salud es una especialidad de la auditoría, y es necesario dejar claro que existe una clasificación de la auditoría planteada por unos autores que hacen referencia a la auditoría médica, la auditoría clínica, entre otras; y que se basan en ciertos aspectos para elaborar sus papeles de trabajo, teniendo en cuenta que la prioridad para el papel del Contador Público es el proceso individual de atención médica y no la mirada general del Sistema de Salud. Por lo tanto, el Contador Público debe interesarse por que el Sistema Integral de Salud en las entidades funcione cabalmente.

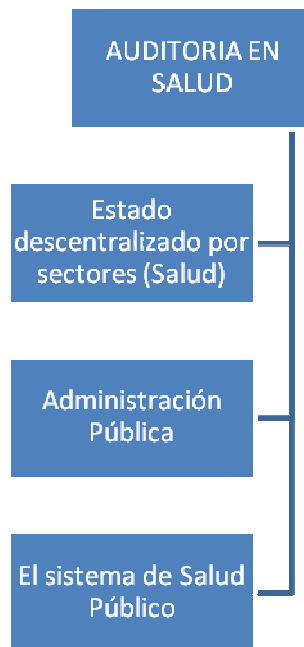
La investigación a realizar sobre el tema propuesto será un aporte importantísimo para la universidad, ya que en esta investigación se aplicarán los conocimientos adquiridos en la institución y con ésta se contribuirá con el objetivo de la universidad que es fomentar la investigación, para la construcción de conocimiento por medio de las herramientas que llegue a necesitar para llevar a cabo la investigación, y al mismo tiempo aportar al desarrollo del tema de la salud considerando las normas emitidas por el Estado. Es además, importante realizar una investigación de este tipo debido a que en la universidad no se encuentran monografías enfocadas hacia el área del sistema local de salud y ésta serviría de base para otras posibles investigaciones.

Igualmente, el tema escogido para la investigación es relevante e importante porque con este tema se puede observar por medio de unas herramientas que serán utilizadas cuál es el funcionamiento real de la auditoría en el sistema local de salud, además, esto le puede servir a las entidades Palmireñas de este sector para saber cuál es la realidad que se vive actualmente frente a este aspecto, motivando al reconocimiento de los actores y de las organizaciones que participan en la dinámica de los distintos procesos que comprenden.

1.5. MARCO TEORICO

En el Marco Teórico utilizaré tres teorías que me parecen relevantes en la investigación, teniendo en cuenta el problema de investigación planteado anteriormente. Estas teorías son: El Estado descentralizado por sectores (Salud), La Administración pública y El sistema de salud pública. En el cual tendré en cuenta la postura de uno o dos autores acerca de cada teoría.

Ilustración I TEORIAS A UTILIZAR EN AUDITORIA EN SALUD



Fuente: Diagrama del Desarrollo de la investigación

1.5.1. Estado descentralizado por sectores (salud)

Según Carlos Kerguelén B.¹ “El balance actual del proceso de descentralización en salud puede ser visto desde varias ópticas, pero quizás las dos que más a la mano están son el número de entidades territoriales certificadas y el porcentaje de recursos financieros del situado fiscal que se maneja descentralizadamente. El sistema de indicadores de descentralización tiene por fin comprobar la correlación entre la descentralización como tal y el avance del proceso de mejoramiento del estado de salud de la comunidad en una entidad territorial que tiene en la certificación algo de marco explicativo o si hay otras variables que expliquen el fenómeno.

Se plantean dos escenarios a trabajar, el primero de ellos es sobre las entidades territoriales ya certificadas y el segundo sobre las entidades territoriales no certificadas.

El trabajo a realizar en el primer grupo es, identificar cuáles son los obstáculos que a nivel territoriales tienen para cumplir cabalmente con las funciones asignadas en el proceso.

En el segundo grupo se presentarían dos subgrupos, el primero sería el de aquellas entidades con capacidad para seguir el mismo patrón de descentralización adoptado (si se llega a la conclusión que lo mejor es seguir con el proceso idéntico) por las entidades ya certificadas. Un punto que ayudaría muchísimo a éstas entidades para salir del estancamiento en el que se encuentra el proceso de descentralización sería el diseñar de una vez por toda una serie de incentivos explícitos a la descentralización.

El segundo subgrupo estaría conformado por todas aquellas entidades territoriales que definitivamente, por motivos de tamaño, infraestructura u otro indicador, no son candidatas a asumir un proceso de descentralización.”

¹ KERGUELÉN B. Carlos. El proceso de descentralización en salud: ¿hacia dónde va?: en nexos municipales comunicaciones artículos región (en línea) Art. N° 12
(www.nexosmunicipales.org.co/comunicaciones/articulos_region/art12htm)

A propósito de la descentralización por sectores (salud) Edgar González Salas dice:

“Como parte de los organismos de dirección se encuentran los ministerios de salud y de trabajo y u consejo nacional de seguridad social, que podrá replicarse en consejos territoriales de seguridad social en salud.

Dentro de las instituciones de prestación de servicios hay privadas, mixta y públicas. Mientras el régimen contributivo exigirá el pago de una cotización de hasta un 12% sobre el salario, el régimen subsidiado se financia con fuentes de naturaleza fiscal, incluyendo un gravamen equivalente a un punto de cotización, proveniente del régimen contributivo”.²

El sector de la salud se encuentra conformado por varios organismos de descentralización, los cuales se encargan de manejar y distribuir los recursos asignados al sector. Además, de esto existen unos reglamentos que deben cumplir cada uno de los organismos de este sector.

“La nueva orientación propone un sistema de aseguramiento universal, de tal suerte que las personas no pueden acceder directamente a los servicios de salud, sino a condición de que estén amparados por un seguro de salud, que como ya se ha dicho puede corresponder al régimen contributivo o al régimen subsidiado.”³

Actualmente existen dos regímenes los cuales son: el régimen Contributivo conformado por aquellas personas que se encuentran en condiciones de aportar el 4% del total de 12.5% para salud en el caso de los asalariados o su totalidad en el caso de las personas trabajadoras independientes. También se encuentra vigente el Régimen Subsidiado, el cual lo integran aquellas personas que no tienen las condiciones económicas necesarias para pertenecer al régimen contributivo y que se encuentran en los estratos 1, 2 y 3 a los cuales

² GONZALEZ SALAS Edgar. El laberinto institucional colombiano 1974-1994: fundamentos de administración pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1997. p 489

³ IBID. P. 491.

se les da un subsidio total o parcial para obtener el servicio de salud. Para que se cumpla con éstas y las demás condiciones exigidas por el Gobierno a nivel Nacional, Departamental y Municipal se deben ejercer unos procedimientos de control los cuales son ejercidos por personal capacitado en esta área, para así de ésta manera cumplir la mayoría de sus objetivos y metas planteadas con el fin de garantizar una buena prestación del servicio de salud.

“Los municipios podrán organizar este sistema de subsidios. En este contexto y bajo las nuevas reglas del sistema, la equidad en la aplicación de los recursos fiscales exige nuevas formas de administración de los servicios públicos de salud. Para superar esta situación los sistemas de información, las políticas de focalización, los planes sectoriales y los sistemas de control se convierten en elementos cruciales de la gestión pública de los servicios de salud.”⁴

Tanto los municipios como los distritos poseen una autonomía en cuanto a la organización del sistema de subsidios, los anteriormente mencionados deben velar por el saneamiento del pasivo prestacional de sus instituciones y deben ejercer vigilancia administrativa, financiera, técnica y científica acordes a las normas del sistema de salud.

1.5.2. Administración Pública

Para Edgar González Salas la administración pública es:

“El estudio de la administración pública debe ser a la vez global (la administración pública en cuanto a rodamiento de toda la compleja maquinaria social), histórico (los criterios para distinguir las fases de la relación capital-Estado-Administración y las características de cada una de estas fases) y comparado (los rasgos comunes y los particulares de las distintas administraciones públicas, de sus formas de gestión y de sus políticas públicas).

⁴ IBID.P 497

Las practicas de gestión, como el diseño macro-organizacional de la administración pública, pueden y deben ser periodizadas por fases o épocas y por variaciones más o menos coyunturales en el régimen y en las políticas públicas. Por todo ello, el estudio de la administración pública debe ser también integral, no puede darse sentido separado a un organismo o a una gestión.

En cuanto al diseño macro-organizacional, la evolución de las organizaciones pública puede periodizarse en fases de desarrollo precisas, estableciendo las leyes que definen el nacimiento, la evolución y el término de dichas fases”.⁵

La administración pública es un proceso que utiliza el Estado para ejercer una buena dirección en aquellas decisiones importantes para el manejo de los recursos de la salud y en general de todos los aspectos que requieran de ésta, para ello, se deben tener en cuenta su funcionamiento y organización contando con las dependencias que se estén observando, para que al momento de reunir información necesaria para el área se pueda tratar como una parte integral de la organización y con un buen funcionamiento; logrando así el avance gradual que se espera obtener por la institución que la utilice, para ser cada día mejores en este aspecto.

En las entidades que involucran la información de la salud del Sistema local de salud (Palmira) deben manejar este concepto de una manera adecuada para poder cumplir con sus metas o por lo menos estar cerca de cumplir los objetivos que se plantea cada administración durante su periodo de gobierno.

Es así como González Salas plantea una definición de las organizaciones públicas y que es importante recalcar.

“Las organizaciones públicas son entidades En si mismas complejas y la administración pública debe dar cuenta de los nexos que existen entre ellas, así como

⁵ IBID. P 84-85.

de los nexos que existen entre esas organizaciones que ejecutan la política intervencionista del Estado y el régimen político.”⁶

Las entidades Gubernamentales del municipio deben preocuparse por reflejar una buena gestión y funcionamiento, teniendo en cuenta que su manejo no es fácil para así diferenciar su gestión como entidad Gubernamental sin tener en cuenta los aspectos políticos que puedan existir e influir en las decisiones de una administración.

Para Melba Victoria Peláez Gómez la administración pública territorial ésta compuesta “por Las organizaciones públicas departamentales-administración central y descentralizadas- se caracterizan por presentar un alto grado de ineficiencia e ineficacia en el cumplimiento de su misión institucional por el predominio que en ella aún tiene el modelo burocrático y clientelista de gestión.”⁷

Aunque la situación actual de la mayoría de las administraciones, departamentales, distritales y municipales es la mencionada por la autora se cree que estas administraciones deben procurar por mejorar esa reputación de politiqueros o burócratas, que son nombrados en cargos públicos solo por pertenecer a un partido político y no porque se hayan ganado con méritos ese cargo a desempeñar, ya que si se trata de limpiar dicha reputación demostrándolo con una buena gestión realizada por todos los que ahí laboran realizando sus funciones en los tiempos requeridos para que la información a suministrar sea oportuna, eficiente y eficaz a la hora de emitir un informe de gestión del área o administración sea bueno se debe dejar de lado las creencias políticas.

⁶ IBID. P.85

⁷ GIRALDO ALZATE Ricardo. Escuela Superior de Administración Publica Territorial Valle del Cauca. Territorios y gestión pública Boletín informativo.(citado en julio-septiembre 2005)

1.5.3. Sistema de salud pública

Según Braulio Mejía García

“El sistema de salud público debe contar con una acreditación el cual se compromete con unas bases legales partiendo de lo planteado por la ley 100 de 1993 y de las demás normas que lo dispongan, dicha acreditación debe contar con unos pasos necesarios y un soporte documental de calidad en las instituciones de salud para su posterior aprobación. En el cual participan algunos conceptos de control y auditoria y quienes deben ejercer dicha función en las entidades de salud dependiendo si son públicas o privadas, tratando siempre de brindar un servicio de calidad en el cual prima la satisfacción del usuario del servicio. Además, de esto hace referencia a los papeles de trabajo que debe llevar el encargado de ejercer el control o la auditoria en la institución, indicadores para medir el nivel de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad tratando de cumplir con lo planteado por la institución.”⁸

El sistema de salud pública sí debe contar con una acreditación partiendo de una base legal que le permita existir y el cual debe ser ejercido por un personal capacitado y relacionado con la documentación a manejar en este tema, garantizando un buen cumplimiento de las funciones que tiene cada una de estas personas con la institución y con los usuarios de dicha información, ya que es importante que la persona que esté a cargo sea idónea y pueda aportar ideas para solucionar las dificultades que se puedan llegar a presentar en el ejercicio de dicha función.

Como lo dice Francisco Álvarez Heredia “El sistema de salud se divide en niveles, ya sean básicos, especializados, de alta complejidad y de enfermedades de alto costo, además, plantea las normas ISO 9000 para el cumplimiento de la calidad de la salud y en ello nombra los procesos, productos,

⁸ MEJÍA GARCIA Braulio. Auditoria médica para la calidad en salud: la acreditación en salud. Bogotá: 2002. p143-148

calidad, estándares de calidad, los entes acreditadores y los entes certificadores y la serie de normas ISO que debe contemplar el sistema de salud pública de cualquier país”⁹

Colombia como cualquier país debe preocuparse por cumplir con las normas mínimas para brindar de manera adecuada un servicio de salud que garantice a sus usuarios una calidad y eficiencia en su servicio, aunque Colombia tiene sus normas acerca de este tema debe procurar que en sus entes de control y vigilancia se lleve a cabo la mayoría de sus funciones dado que en algunas entidades no se cumple a cabalidad lo que se requiere, teniendo insatisfecho a los usuarios del servicio, por eso se debe revisar el actual sistema de salud pública, para que esto no siga sucediendo.

Se considera que estos temas son relevantes para la investigación debido a su campo de acción y que se deben plantear puntos de vista de varios autores para formarnos y documentarnos acerca de lo que cada término significa, para poder aportar más adelante a la investigación y que debe existir una referencia conceptual que sea de fácil comprensión para quien consulte esta investigación.

Debido a que la investigación se encuentra orientada al sistema local de salud se considera que estos temas pueden ser útiles a las personas involucradas en la investigación y que al momento de recurrir a ésta se puedan formar una idea más fácil de lo que se quiere lograr con ésta, tomando como punto de partida estos temas y los mencionados autores, sin dejar pasar por alto las modificaciones a las cuales se enfrenta la ley 100 de 1993 en este momento y que pueden ser útiles a la investigación.

⁹ ÁLVAREZ Heredia Francisco. Calidad y auditoria en salud: la auditoria de los servicios de salud. ISO 9000 gestión de la calidad para una mejor salud. Bogota, 2003. p 247-258

1.6. MARCO CONCEPTUAL

En el Marco Conceptual se identifican los términos más importantes para la investigación articulándolos para el tratamiento del problema planteado anteriormente, adicionalmente el Marco Conceptual estará planteado por el contexto del trabajo en el cual se darán a conocer dos visiones contrarias de los autores más destacados sobre el área de la auditoría en salud y se concluirá planteando un concepto a manejar en la investigación. Los conceptos más relevantes para el tratamiento del problema de investigación son: Auditoría Médica, Sistema Local de Salud, Sistema Integral de Seguridad Social, Régimen Subsidiado.

Desde antes de la expedición de la ley 100 de 1993 y de la reforma de la Constitución política nacional de 1991, se empezó a manejar el concepto de **auditoría médica** el cual se entiende como la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad en los servicios de salud.

Como bien lo dice Mejía¹⁰ **La auditoría médica** maneja unos procedimientos que son evaluados y aprobados por el Ministerio de Protección Social; a partir de la reforma de la Constitución Política Nacional de 1991 se modifica este concepto y adquiere otro valor, ya que sus artículos 48 y 49 sobre el derecho que tienen los habitantes del Estado Colombiano a acceder al servicio de Seguridad Social y de la aparición de la ley 100 de 1993.

¹⁰ MEJÍA, García Braulio. Auditoria médica para la garantía de calidad en salud. Santa fe de Bogotá: Ecoe Ediciones: 2002 P.20

Francisco Álvarez Heredia dice:

La auditoría médica la realiza “equipo interno de revisión de la práctica médica” (K. Waslhe), se encuentra en el acto médico en particular y más específicamente en el proceso individual de atención (PIA). La auditoría médica hace parte de la auditoría clínica, es la evaluación del actuar médico dentro de ésta como lo es la auditoría odontológica o de enfermería y “es un proceso para el análisis crítico de la práctica médica, cuyo propósito es mejorar la calidad médica que se ofrece a los pacientes”; por lo tanto depende fundamentalmente del proceso individual de atención, y de apoyo en el análisis de los expedientes clínicos cuyo fin es buscar una atención de calidad.¹¹

Con la aparición de la ley 100 de 1993 se crea **el sistema integral de seguridad social**, en el cual se plantea un concepto acerca de éste y de cómo se encuentra compuesto dicho sistema, en el cual encontramos al régimen subsidiado al cual tiene derecho de acceder una parte de la población el cual debe cumplir con unos requisitos mínimos para gozar de este beneficio, además, existe un régimen contributivo al cual pertenece otra parte de la población. También se crean lo que son las ESE, EPS, IPS, Fondos de Pensión, Fondos de Solidaridad, Los riesgos profesionales.

Aparece también con la ley 100 de 1993 la protección familiar en salud el cual cubre al grupo familiar del cotizante esposa e hijos (hijos hasta los 25 años si se encuentran estudiando) o familiares con el primer grado de consanguinidad si están solteros (padres), dado que antes de esta ley solo cubría al cotizante o trabajador, las mujeres gestantes durante el embarazo y a los hijos hasta cumplir su primer año de vida, después de este tiempo el trabajador o cotizante tenía que pagar salud de forma particular para su esposa e hijos.

El régimen subsidiado de salud es al cual tienen derecho las personas de los estratos 1y2 y algunas personas del 3 en el cual tienen acceso al servicio de salud en las entidades públicas de salud, estas personas cuentan con unos beneficios en la prestación del servicio de salud, ya que existen entidades de naturaleza pública o privada con las cuales se realizan convenios para la atención en medicina general, especializada, odontología, laboratorio clínico y otro tipo de estudios, los cuales en el momento de ser necesarios el usuario puede acceder a estos servicios.

¹¹ ALVAREZ-Heredia Francisco. Calidad y Auditoria en Salud: Auditoria médica, clínica, de servicios o integral. Colombia: Ecoe Ediciones 2003 P.225

El sistema local de salud se encuentra conformado por aquellas instituciones públicas que existen en un departamento, distrito o municipio y que cuenta con recursos del Estado para su financiación. Este término es relativamente nuevo debido a que su aparición se dió por medio de la ley 715 del 2001 y con el pasar de los años se ha tratado de mejorar para lograr un excelente desempeño ante la sociedad.

Para el trabajo **la auditoría médica** se considera como una especialidad de la auditoría que se encarga de verificar y utilizar una serie de herramientas para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud, aunque muchas veces se confunde con la auditoría en otras áreas debido a la confusión de los objetivos de este tipo de auditoría y de las otras y a que dicha auditoría se encarga del Proceso Individual de Atención en el área médica principalmente.

Mientras que **la Auditoría en Salud** es una especialización de la contaduría pública y que debe ser ejercida solo por los contadores públicos, ya que son ellos quienes mejor saben utilizar las herramientas que brinda la auditoría y se encargan de analizar la información para posteriormente dar una opinión emitiendo un informe acerca de las situaciones que se pudieron presentar en el desempeño de su trabajo y proponen posibles soluciones a dichas situaciones.

1.7. MARCO CONTEXTUAL

Debido a que el trabajo de investigación se llevará a cabo en la ciudad de Palmira por lo tanto lo más relevante en este momento es tener claro lo que es el sistema local de salud y cuáles son aquellas instituciones que conforman dicho sistema en la ciudad, además, de tener claro el concepto de auditoría médica para no desviar el rumbo del trabajo de investigación, ya que lo que desea lograrse es observar el funcionamiento del sistema local de salud.

La República de Colombia se encuentra conformada por departamentos y municipios de los cuales Palmira se encuentra en la categoría 1 debido a su nivel de ingresos corrientes de libre destinación del Municipio durante la vigencia Fiscal del año 2005 fue de \$ 52.258.382, de los cuales el 62.8% representan los gastos de funcionamiento y que éstos equivalen a 136.981 salarios mínimos legales mensuales vigentes y por su número de habitantes el cual asciende a 294.805 durante el año 2005.¹²

La ciudad de Palmira se encuentra ubicada en la región sur del Departamento del Valle del Cauca. Su cabecera está situada a 3°31'48" de latitud Norte y 76°81'13" de Longitud Oeste de Greenwich.

El área Municipal es de 1,162 kms² de los cuales 28.79 km² corresponden a la zona urbana.

Su temperatura media es de 23 grados centígrados y su altura sobre el nivel del mar es de 1,001 metros.

NORTE: Con el Municipio de El Cerrito

ESTE: Con el Departamento del Tolima

SUR: Con los Municipios de Pradera y Candelaria

OESTE: Con los Municipios de Cali, Yumbo y Vijes¹³

¹² ALCALDIA MUICIPAL. Decreto N° 185 Por medio del cual se determina la categoría del municipio de Palmira para la vigencia fiscal del año 2007. Agosto 25 de 2006. Palmira

¹³ ALCALDÍA DE PALMIRA. Centro de Documentación de la ciudad de Palmira: Información general de la ciudad de Palmira. Derechos Reservados 2002 www.palmira.gov.co/html/doccenter/centrodoc_info.htm

Mediante la ley 715 de 2001 se dictan las disposiciones legales referentes a los fondos locales de salud en el cual se dictan normas para las entidades a nivel nacional, departamental, municipal, regional y rural y la destinación de recursos teniendo en cuenta su grado de importancia esto se dió a nivel de salud, educación y otras disposiciones que le competen al gobierno.

El fondo local de Salud de la ciudad se encuentra compuesto por las siguientes entidades: Secretaría de Salud municipal y demás entidades prestadoras de salud del municipio quienes estarán vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud.

El sistema local de salud se encuentra conformado de la siguiente manera:

ARS	% POBLACIÓN
CAPRECOM	10%
EMSANAR	20%
SELVASALUD	70%

La población de las ARS en el municipio está alrededor de 110.000 personas aproximadamente, esta cifra no es exacta debido a la actualización que se está llevando a cabo en este momento, en la cual dicha cifra se incrementó pero como no es información oficial no se puede suministrar en este momento.

Actualmente se contrata con la red pública y privada y se destinan \$ 18.000.000.000 en inversión, de los cuales el 4.01% contrata con el Hospital Raúl Orejuela Bueno (HROB) con los programas de promoción y prevención.

En el contexto del municipio de Palmira, se observan los siguientes elementos que puntualizan los temas a tratar:

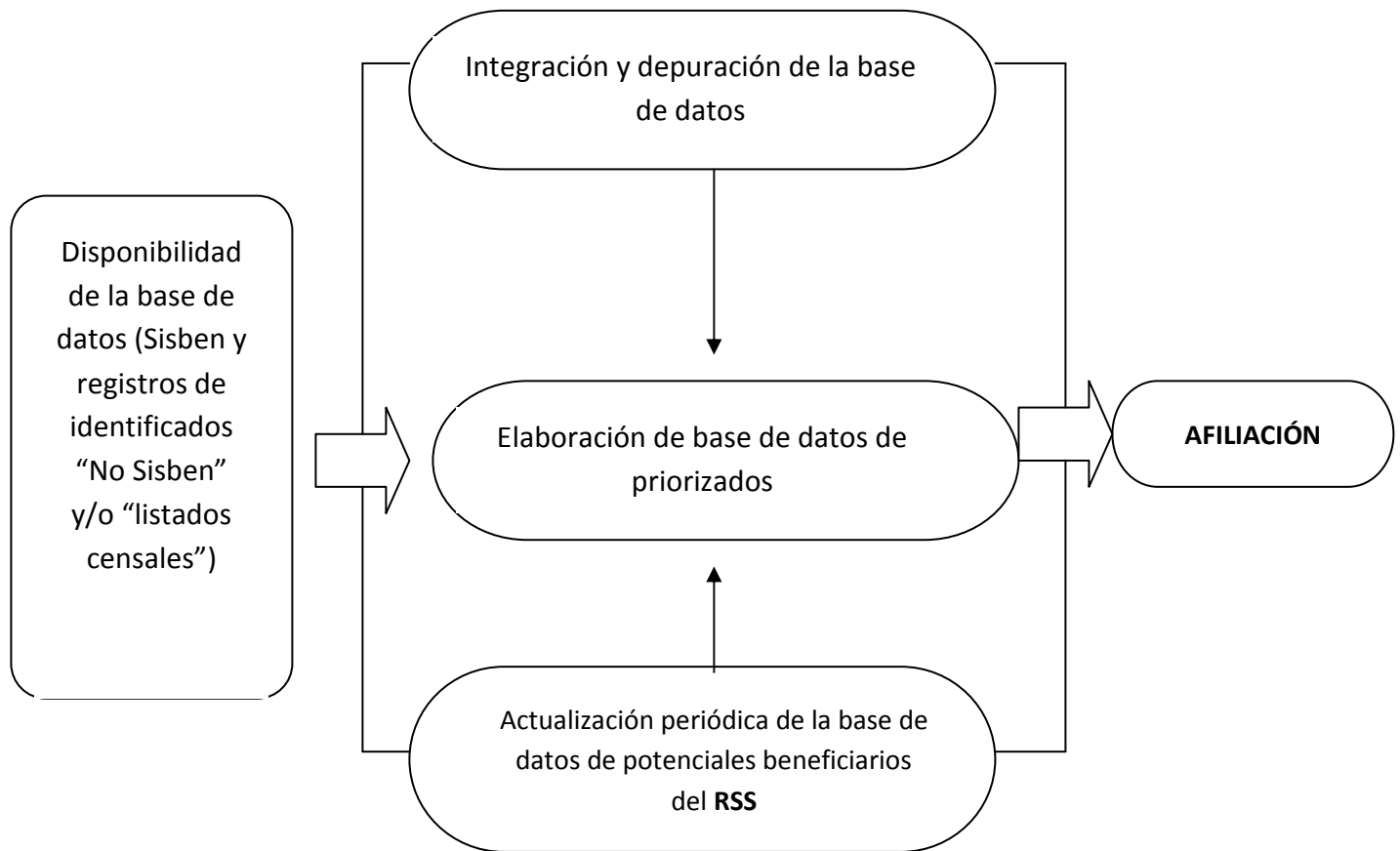
Métodos de auditoría que utilizan las agencias de auditoría: Lo que se refiere a los métodos que utilizan las agencias de auditoría en las entidades de salud de la ciudad de Palmira, es conveniente someterlos a una prueba para ver qué tan efectivos resultan ser y si se hace necesario el planteamiento de un nuevo método que permita manejar una mayor eficacia y eficiencia en el desempeño de la auditoría.

Instrumentos de auditoría en el área de la salud: Los instrumentos que se utilizan en la auditoría en salud se podrían identificar y ver qué tan efectivos son en la labor a realizar para así mismo proponer la utilización de éstos en una forma adecuada.

Cómo influye la auditoría en el régimen subsidiado en Palmira: La influencia de la auditoría en el régimen subsidiado en Palmira, sería ver cuál es la real influencia de este tema en el régimen subsidiado y cómo se puede ver afectado o beneficiado con la influencia que éste tenga sobre el régimen subsidiado de Palmira y cuál sería una posible forma de implementar una auditoría que no permita tantos errores en el proceso de auditoría en las entidades de salud que existen en la ciudad.

El funcionamiento de la auditoría en salud en las entidades de la ciudad: Lo referente al funcionamiento de la auditoría en salud en las entidades en la ciudad es conocer el funcionamiento de ésta teniendo en cuenta las normas que lo rigen y las herramientas que estas entidades utilizan para realizar dicha auditoría y realizar las recomendaciones necesarias para el buen uso de ésta.

Ilustración II PROCESO DE IDENTIFICACION BENEFICIARIOS

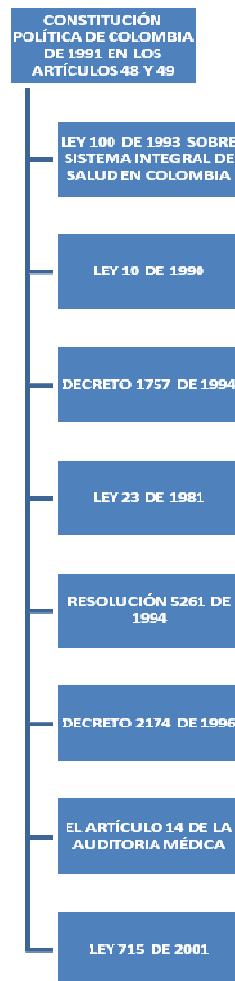


Fuente. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Manual Indicativo de procesos para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud. Mapa del proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del RSS. Bogotá, p 18.

1.8. MARCO JURÍDICO

El Marco Jurídico estará planteado por las normas más relevantes en el Sistema Integral de Salud en Colombia, partiendo desde lo que indica la Constitución Política de Colombia de 1991, para así contar con un apoyo jurídico sólido en la investigación.

Ilustración III MARCO JURIDICO



1.8.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991 EN LOS ARTÍCULOS 48 Y 49

En esta norma se reglamenta a la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio el servicio de salud hacia los habitantes del estado Colombiano, ya sea por entidades públicas o privadas y la obligación que tiene el Estado de ejercer control y vigilancia sobre dichas entidades y demás disposiciones que estipule la ley.

1.8.2. LEY 100 DE 1993 SOBRE SISTEMA INTEGRAL DE SALUD EN COLOMBIA

En esta ley se encuentran consignadas todas las disposiciones legales acerca de la prestación del servicio de Salud, el concepto de sistema integral de Salud, también se encuentra lo que es el régimen subsidiado y el régimen contributivo y quiénes tienen derecho a acceder a él, además, se encuentran las disposiciones que tiene el Ministerio de salud actualmente Ministerio de protección social de cómo definirá las normas correspondientes a la calidad del servicio de salud para garantizar a los usuarios del servicio una calidad que es esencial en la auditoría médica y demás modificaciones que se le han realizado a dicha ley.

1.8.3. LEY 10 DE 1990 POR LA CUAL SE REORGANIZA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

En esta ley se dictan unas disposiciones respecto al sistema nacional de salud, los principios del sistema los cuales fueron modificados por unos decretos a partir del año de 1991, teniendo en cuenta la estructura básica de las entidades de salud en Colombia que fué modificado entre otras disposiciones.

1.8.4. DECRETO 1757 DE 1994 QUE ESTABLECE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En este decreto lo que se reglamenta son las formas de participación social de personas naturales y jurídicas en la prestación de servicios de salud, además, se dictan otros criterios sobre la implantación de mecanismos que canalicen las inquietudes y demandas de los usuarios, así como a los responsables de las quejas y las respuestas a las mismas y la creación de comités de ética,

con la participación de la comunidad para medir la oportunidad y la calidad en la prestación del servicio de salud.

1.8.5. LEY 23 DE 1981 LLAMADA LEY DE ÉTICA MÉDICA

En esta ley se establecen las normas acerca de la historia clínica de los pacientes, el secreto profesional médico paciente y las relaciones entre pacientes y los colegas entre otras disposiciones.

1.8.6. RESOLUCIÓN 5261 DE 1994 POR LA CUAL SE ESTABLECE EL MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

La resolución 5261 de 1994 establece la creación de los manuales de actividades intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el cual dictan unas disposiciones acerca del plan obligatorio de salud y emite algunos conceptos sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud.

1.8.7. DECRETO 2174 DE 1996 EL CUAL DEFINE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Este decreto plantea las características de la calidad en la atención del servicio de salud y los cinco componentes que un sistema de garantía de calidad debe tener; algo importante a tener en cuenta es que este decreto fué derogado **por el Decreto 2309 de 2002** Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.8.8. EL ARTÍCULO 14 DE LA AUDITORIA MÉDICA

Este artículo plantea que deben seguirse unos procesos de auditoría médica de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de salud actualmente Ministerio de Protección social y da un concepto de lo que es la Auditoría Médica.

1.8.9. LEY 715 DE 2001 POR LA CUAL SE DICTAN NORMAS ORGANICAS EN MATERIA DE RECURSOS Y COMPETENCIAS DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 151, 288, 356 Y 357 (ACTO LEGISLATIVO 01 DE 2001) DE LA CONSTITUCION POLITICA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES PARA ORGANIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE EDUCACION Y SALUD, ENTRE OTROS.

En esta ley se dictan algunas normas que deben tenerse en cuenta en la distribución de los recursos a nivel local y otras disposiciones respecto a la salud y la educación en la cual la salud a nivel local tiene unas funciones que se plantean en la presente ley donde a partir del 2002 se crea el sistema local de salud y que se encuentra reglamentado por esta ley y las demás expedidas por el gobierno desde dicho año.

1.9.ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.9.1. ESTRATEGIA O TIPO DE INVESTIGACIÓN

En esta parte del trabajo se definirá la estrategia o tipo de investigación, teniendo en cuenta el problema de investigación a desarrollar.

La investigación se puede plantear como Empírica debido a que el problema de investigación utiliza en parte el método inductivo aunque ésta se complementa en varios aspectos del método deductivo.

Es inductivo porque utiliza la recolección de datos, teniendo en cuenta las instituciones que conforman el sistema local de salud de la ciudad de Palmira y definiendo para ello los elementos concretos que generan su desarrollo.

Es deductivo porque se parte de las teorías e ideas planteadas por otros autores acerca de lo que es auditoría en salud, y de lo planteado a nivel jurídico de la reglamentación del sector salud a nivel nacional, y local.

El problema a resolver es real porque se refiere al sistema local de salud, el cual pretende verificar el funcionamiento de dicho sistema en la ciudad, para así dar un punto de vista de lo que sucede actualmente.

El método de investigación a utilizar es el Evaluativo, el cual pretende hacer una evaluación según lo planteado en el problema de investigación, fragmentándolo de acuerdo a su complejidad para así mismo estudiarlo y analizarlo, teniendo en cuenta las herramientas suministradas por la misma investigación.

1.9.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra del problema de investigación a desarrollar es el sistema local de salud de la ciudad de Palmira, el cual se encuentra conformado por una serie de instituciones y dependencias que juegan un papel importante en la investigación. La población escogida para la investigación es la correspondiente al Régimen Subsidiado de Salud de la ciudad, en el cual se tomará a las siguientes instituciones para realizar dicha investigación: las ARS, ESE (Empresa Social del Estado), SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, en la cuál se determinará como se encuentra conformado el sistema local de salud y cuantas entidades existen en el municipio.

1.9.3. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el trabajo de investigación se empleará una serie de herramientas que se consideran importantes en el desarrollo del problema de investigación, estas herramientas son: las entrevistas, el análisis documental y todas las demás que sean necesarias a medida que se avance en la investigación.

Por medio de estas herramientas se obtendrá una serie de resultados que serán útiles para el análisis y llegar a una conclusión acerca de la investigación. Además, es relevante decir que los participantes de estas entrevistas serán aquellas personas que se encuentren a cargo y que puedan suministrar información acerca de lo que se necesita para llevar a cabo la investigación, en este caso será el área administrativa de la secretaría de salud, que es la dependencia mas involucrada con el tema de investigación, así como la administración de las ARS y de las ESE en el nivel local de Palmira.

Con la observación se podrá revisar cuidadosamente la información recolectada por las entrevistas y los documentos manejados por el sistema local de salud, para generar nueva información, en las entrevistas se evaluará la forma de contestar de cada persona entrevistada teniendo en cuenta que son preguntas abiertas que darán lugar a la interpretación de lo dicho por cada persona en las condiciones definidas para las entrevistas.

1.9.4. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Partiendo de los resultados obtenidos con la recolección de datos antes mencionados, se entrará a observar y analizar la información de una forma comprensible y esto se hará empleando los medios electrónicos como son las hojas de cálculo si fueran necesarias y la utilización del computador para la redacción, teniendo en cuenta que la mayor parte de la investigación se basa en la normatividad del sector de la salud.

1.9.5. TRATAMIENTO ESTADISTICO

Teniendo en cuenta que la investigación es empírica y que se llevará a cabo la utilización de entrevistas al área administrativa de dichas entidades no se hace necesario el manejo de un tratamiento estadístico, ya que no se seleccionará una muestra porque las fuentes de investigación directas serán todas las personas que ocupen cargos administrativos en el Sistema de Salud de Palmira, lo cual determinará el ordenamiento y análisis de los datos obtenidos para originar una información útil.

1.9.6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este aspecto se deben tener en cuenta los resultados obtenidos en el tratamiento estadístico destacando los hechos relevantes obtenidos anteriormente, señalando sus relaciones, interpretando el significado de los datos, causas y efectos y decir si se confirma o se refuta lo expuesto anteriormente.

2. DOCUMENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD

El Fondo Local de Salud es una institución creada con el fin de ejecutar y distribuir los recursos asignados por el Gobierno Nacional al sector Salud a nivel Municipal fijando funciones tan relevantes como la asignación de contratos, recursos financieros, planes de Salud del gobierno y que cobija al Régimen Subsidiado, sin dejar de lado el cumplimiento de los planes de actividades que planteen, el gobierno Nacional, Departamental y Municipal para cada período.

El Sistema Local de Salud del Municipio de Palmira se encarga de asignar contratos a diferentes entidades del orden local, las cuales deben atender la población que hace parte del Régimen Subsidiado en Salud a nivel municipal y el cual se encuentra vigilado por diferentes entidades, cuyas normas rigen los procedimientos, funciones, derechos y obligaciones para los usuarios de dicha información donde ésta debe ser empleada de la mejor manera.

2.1. Normatividad del Sistema Local de Salud

El Sistema Local de Salud del Municipio de Palmira se rige por una gran variedad de normas entre las cuales se encuentra la Ley 100 de 1993, que reglamenta la Salud en Colombia, la Ley 715 de 2001 que reglamenta y dicta disposiciones sobre la existencia de los Fondos Locales de Salud entre otras; además, el Municipio cuenta con el Manual Indicativo de Procesos para la Gestión Municipal del Régimen Subsidiado de Salud que contiene las últimas actualizaciones acerca de este tema y que se expide cada año por Orden del Ministerio de Protección Social.

Las entidades que ejercen control sobre este Fondo son: El Ministerio de Protección Social, La Contraloría General de la Nación, La Gobernación del Valle del Cauca, La Contraloría Departamental, La Contraloría y La Secretaría de Salud Municipal de Palmira, y a su vez éstas entidades designan a otros estamentos, públicos o privados para que ejerzan su control por medio de procedimientos previamente establecidos y en los cuales se utiliza una serie de herramientas que ayudan en el ejercicio de sus funciones de control. Además, se asigna una serie de recursos financieros los cuales deben tener un destino adecuado para el funcionamiento o la asignación de contratos en el Fondo Local de Salud.

Los Fondos Locales de Salud deben acogerse a las disposiciones expedidas por el Gobierno Nacional y Departamental donde a su vez estas se encuentran consignadas en el Plan Nacional de Salud, donde deben tomarse en cuenta los procedimientos consignados en los Manuales de funciones que existen para el Régimen Subsidiado, las guías metodológicas del Plan de Salud, Guías para el proceso de acreditación entre otras disposiciones que dictan los gobiernos Nacional, Departamental y Local frente a este tema.

La Ley 100 de 1993 fué creada con el fin de reglamentar el Régimen Nacional de Salud en el cual se crean las ESE, ARP, Los Fondos de Pensión y a su vez se crean dos clases de Regímenes, el Subsidiado al cual pertenece una gran parte de la población nacional que se encuentra desprotegida en Salud y el otro es el Régimen Contributivo al cual pertenece la población trabajadora a nivel nacional. Esta Ley es modificada constantemente por el Gobierno Nacional como consecuencia estas modificaciones a la mencionada ley afecta las disposiciones a nivel departamental y Municipal.

La Ley 715 de 2001 crea y reglamenta los Fondos Locales de Salud a nivel Municipal, donde designa funciones específicas, para su funcionamiento, destinación de contratos a entidades Estatales como las ESE', ARS', Fondos de Pensión, IPS', para que atiendan a la población perteneciente al Régimen Subsidiado de Salud.

En el caso particular de los Fondos Locales de Salud existe un Marco Normativo del Proceso de Afiliación el cual se encuentra conformado por:

La Ley 100 de 1993 en su Art. 153 en el numeral 4

La ley 100 del 1993 en dicho artículo dispone de la libre elección y participación de entidades de salud que se encarguen de la Administración y la prestación de servicios bajo las normas que regulan y vigilan a estas entidades.

La Ley 100 de 1993 en su Art. 159 en el numeral 3

El numeral tercero de la Ley 100 de 1993 regula sobre la libertad de las personas de trasladarse de una entidad promotora de salud a otra, teniendo en cuenta las regulaciones, procedimientos y tiempos requeridos para efectuar dicho traslado; sin importar si es un traslado de una afiliación individual o colectiva.

La Ley 100 de 1993 en su Art.212

El artículo 212 de la ley 100 de 1993 dice que la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado de Salud serán de acuerdo a las disposiciones que emita el Consejo Nacional de Seguridad social en Salud.

La Ley 100 de 1993 en su Art.215

El Artículo 215 de la Ley 100 de 1993 emite las siguientes disposiciones acerca de la administración del régimen subsidiado, las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, de suscribir contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio y su forma de financiación; con los recursos asignados por el fondo de solidaridad y garantía y los recursos del subsector oficial que se destinen de acuerdo a las disposiciones emitidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 11

En el Artículo 11 del capítulo III del Acuerdo 244 de 2003 emite el proceso de afiliación de las ARS autorizadas con sus respectivas fechas y demás condiciones de comunicación y convocatoria a “potenciales beneficiarios”.

El Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículos 12 y 13

En estos Artículos se encuentran consignados el formulario único tarjetón y quien afilia, que da continuidad a la afiliación.

Conpes Social 090

En el cual se asigna la distribución del Sistema general de participación de la vigencia a la cual se está tratando.

Resoluciones 890 de 2002 y 1375 de 2002

En esta resolución se encuentra la base de datos de afiliación y el traslado, en estructura definida de los “potenciales beneficiarios”.

Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículos 14, 15,16, 17 y 22

En estos artículos se habla sobre la libre elección para las poblaciones especiales y la afiliación de recién nacidos entre otras disposiciones que se emiten en este acuerdo.

Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 18 y 19

En dichos artículos se dictan disposiciones acerca de la carnetización y los plazos de permanencia mínimos que deben cumplir las personas afiliadas a las ARS.

Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 20 y 21

Estos artículos hacen mención acerca de los procedimientos de traslados en situaciones, ya sean normales o especiales como por ejemplo el incumplimiento de las ARS.

Acuerdo 244 de 2003 artículo 23

Este artículo hace mención sobre la prohibición de asignaciones forzosas.

Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 24 y 25

Aquí se menciona la divulgación de servicios, publicidad y comercialización de las ARS para el proceso de afiliación.

Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 26

En este artículo se consigna la pérdida de calidad de la afiliación al régimen Subsidiado.

Acuerdo 244 de 2003 capítulo III artículo 28, 29, 30, 31 y 32

Dichos artículos hacen mención sobre los efectos de la afiliación múltiple en la base de datos para afiliarse y contratar, teniendo en cuenta sus responsabilidades.

Acuerdo 284 de 2005

Dicho acuerdo emite el aplazamiento del traslado de afiliados en el Régimen subsidiado y se definen los periodos de contratación.

Acuerdo 244 de 2003 capítulo VI artículo 53

Dicta las garantías de la afiliación en circunstancias excepcionales, dependiendo de sus condiciones, en el que se tiene en cuenta el procedimiento de afiliación.

Ley 100 de 1993 artículo 216 numeral 3

Dispone de los procedimientos de licitación y adquisiciones en los cuales debe estar presente un representante de los beneficiarios que actuó como testigo en las juntas para elegir la entidad promotora de salud a la cual se va a contratar.

Decreto 163 de 2004 artículos 2, 3, 4, y 5

Dicho decreto reglamenta los procedimientos de inscripción de juntas de licitación, adquisición y selección de ARS.

Decreto 050 de 2003 artículo 3

Dicta las disposiciones legales acerca de la negativa de renovación o suscripción de contratos de aseguramientos.

Acuerdo 262 de 2004

Determina las condiciones de ampliación, cobertura, afiliación y gastos máximos de la administración de las ARS.

Acuerdos y resoluciones correspondientes a ampliaciones de cobertura

Existe una gran variedad de acuerdos y resoluciones que definen los periodos excepcionales de afiliación, por razones de disponibilidad de recursos y que son reglamentados por resoluciones que distribuye los recursos en las entidades territoriales.

Decreto 515 de 2004

En este decreto se define el sistema de habilitación de las ARS y lo que se deberá tener en cuenta.

Resolución 00581 de 2004

Emite las disposiciones acordes al Manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico- administrativa para la habilitación de las entidades administradoras de régimen subsidiado.

Acuerdo 267 de 2004

Dicho acuerdo hace mención sobre la ampliación de la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante subsidios parciales, teniendo en cuenta la población del municipio y la asignación de dineros y funciones para su desempeño.

Acuerdo 272 de 2004

Este acuerdo modifica las condiciones de acceso a los subsidios parciales en el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud donde la población sea mayor a 100.000 personas.

Decreto 506 de 2005

Modifica parcialmente el decreto 515 de 2004 el cual hace referencia a la habilitación de las ARS y de lo que tendrán que tener en cuenta.

Estos Fondos son Modificados por los Decretos, resoluciones, Acuerdos y demás disposiciones que determine el Gobierno entre estos se encuentran:

Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006

En la presente resolución se publican las condiciones que deben cumplir las entidades prestadoras de servicios de salud para habilitar sus servicios en los cuales se debe cumplir con requisitos como: la capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico-administrativa, los estándares para dichos requisitos o condiciones, la habilitación de IPS con convenio docente asistenciales, estándares de habilitación, formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de salud, la adopción de distintivos para servicios habilitados, los reportes de novedades, la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, plan de visitas, la inscripción y vigencia y derogatoria.

COMUNICADO # 0229-07 de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

Este comunicado hace mención acerca de las direcciones municipales de salud que deben realizar búsquedas acerca de los prestadores de servicios de salud de sus jurisdicciones para informar a la secretaria departamental de salud con el fin de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, para el proceso de habilitación.

COMUNICADO # 0230-07 de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

Habla sobre el Sistema Único de Habilitación en Prestadores de Servicios de Salud en la cual se establecen las condiciones de habilitación expedido por la secretaria departamental acerca de su inscripción y verificación ante la secretaria departamental para ejercer de manera legal, esto se hace teniendo en cuenta la verificación de unos procesos establecidos por la secretaria de salud departamental y que realizando este paso por primera vez no es necesario volverlo a hacer. Además, se refiere al registro especial de prestadores de servicios de salud de la secretaria departamental, en el cual se menciona quienes deben estar inscritos y cuales serian sus consecuencias de no estarlo.

En este comunicado se publican las sanciones y demás determinaciones que tiene en cuenta el Gobierno Departamental para su adecuado ejercicio y cumplimiento.

EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SE REFIERE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Define el propósito fundamental para lograr eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones asignadas por dicho sistema de control, con el fin de servir y cuidar los intereses de los ciudadanos, ya que este es su propósito fundamental velar por los intereses de los ciudadanos.

El MECI es una herramienta que contribuye a asegurar que la gestión administrativa del Instituto Nacional de Salud logre cumplir su misión y objetivos propuestos, con la eficiencia y eficacia cumpliendo con lo planteado por el Gobierno Nacional.

Este sistema de control interno es evaluado cada año mediante una encuesta de percepción que es diligenciada por el personal de la entidad de acuerdo a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

DECRETO 139 DE 1996 del 17 de Enero

En el mencionado decreto encontramos plasmados los requisitos mínimos que se deben tener presentes en el nombramiento de los gerentes de las ESE Empresas Sociales del Estado y demás entidades prestadoras de Salud públicas a nivel Nacional, además, se tiene en cuenta el periodo por el cual son nombradas dichas personas.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA NACIÓN Y/O CONTRALORIA MUNICIPAL

Esta institución se encarga de realizar una serie de auditorías a las entidades estatales las cuales tiene a su cargo, la contraloría tiene como uno de sus objetivos determinar la razonabilidad de los estados financieros y mediante conceptos, la gestión en cuanto a economía, eficiencia y eficacia para lograr una adecuada rendición de cuentas. Estos objetivos se llevan a cabo por medio de visitas de auditoría las cuales son contempladas en el plan General de Auditoría PGA y con la aplicación de los controles de corrección partiendo de lo legalmente formulado.

Los controles excepcionales también hacen parte de las funciones que ejerce la Contraloría General de la República con el cual se le da un respaldo a los controles realizados anteriormente y a su vez se encarga de delegar las investigaciones, juicios fiscales y jurisdicción coactiva para asignar los controles excepcionales.

FUNCIONES DE LA SECRETARIA DE CONTROL INTERNO O UNIDAD DE CONTROL INTERNO MUNICIPAL

Esta dependencia tiene una serie de funciones las cuales son parte importante para su desempeño en el cual una de sus funciones es rendir informes de forma periódica para advertir

sobre las situaciones que se estén presentando respecto al estado del Control Interno en la Gobernación; entre otras funciones importantes.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001445 DE 2006 (8 MAYO 2006)

En esta resolución se definen las funciones de la entidad acreditadora de salud, además, se dictan otras disposiciones como son los estándares de acreditación, la escala de calificación, conformación de la junta de acreditación, el otorgamiento de la acreditación y seguido de esto su vigencia y derogatorias; de acuerdo a lo publicado por el gobierno nacional.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006 (8 DE MAYO DE 2006) Modulo 2 y Modulo 3

En el Modulo 2 se habla de los estándares de acreditación de las entidades Prestadores de Servicios de Salud en los cuales se publican las funciones o estándares de cada dependencia donde lo más importante es el cliente y con ello plantea unos procedimientos a seguir dependiendo de la dependencia y del funcionario teniendo en cuenta los tiempos en los cuales esto se debe cumplir.

En el 3 Modulo se mencionan las recomendaciones para el entendimiento de esta norma en la cual dichos estándares procuran reflejar de forma diaria los procesos organizacionales, estándares del proceso de atención al cliente asistencial, la referencia y contra referencia de la resolución 1445 del 8 de mayo del 2006, los direccionamientos, gerencia del recurso humano, entre otras directrices que se establecieron en dicha resolución. Adjunto con esto se encuentran los respectivos cuadros de procesos que se deben llevar a cabo para un adecuado desempeño.

DECRETO NUMERO 3518 DE 2006 (Octubre 9)

En el presente decreto se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA en el cual se tienen en cuenta unas definiciones básicas para dicha reglamentación, sin dejar de lado que esto rige a nivel nacional en todas las entidades Públicas de Salud, para orientar y definir las políticas, llevar a cabo la planificación, toma de decisiones y evaluar de forma optima y racional los recursos disponibles para lograr la disponibilidad de las acciones sin dejar de lado la protección de la salud individual y colectiva.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El presente documento se refiere a la calidad de la salud en el cual se busca tener un mejoramiento en la calidad de la salud a nivel Nacional, Departamental, Municipal en el cual se tienen en cuenta las disposiciones que plantea el gobierno para su adecuado ejercicio, dejando claro que a medida que se mejora la calidad en la salud, así mismo debe ser su inversión para mantener las exigencias del plan de ejecución que se plantea a inicio de cada período. Para que esto siempre esté presente en la entidad debe existir una cultura acerca del mejoramiento de la calidad de la salud y para esto se utilizan unos pasos para cumplir con el ciclo del mejoramiento; estos pasos son: planear, hacer, verificar, actuar. Este Sistema tiene en cuenta unos principios que

fundamentan la atención del cliente entre otros aspectos que son importantes para su adecuado desarrollo.

RESOLUCION NUMERO 3133 DE 2005 (Septiembre 14)

Este decreto plantea los funcionarios y cargos de las personas que se encuentran en el Ministerio de Protección Social, en el cual menciona los objetivos del ministerio, funciones, entendiendo como una de sus funciones formular, dirigir y coordinar la política social del gobierno nacional en las áreas empleo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, previsión y seguridad social integral; además, tiene unos objetivos muy claros que se deben llevar a cabo para cumplir con lo propuesto.

DECRETO NUMERO 028 DE 10 DE ENERO DE 2008

Este decreto contiene las estrategias de monitoreo, seguimiento y control integral al gastos que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones en el que se consignan el objeto, campo de aplicación, definición de actividades, ejercicio de las actividades, unidad administrativa especial, funciones de la unidad administrativa especial de monitoreo, seguimiento y control, responsables institucionales, actividades de los departamentos, eventos de riesgo, procedimientos para la adopción de medidas entre las que encontramos; medidas preventivas, medidas correctivas, la adopción de dichas medidas, la declaratoria de ineficacia de los contratos, ajustes de competencias, control social, presentación de metas, rendición de cuentas, informe de resultados, consulta pública, la inembargabilidad, el suministro de información, la financiación, la remisión de medidas y vigencia.

DECRETO 3039 DE 10 DE AGOSTO DE 2007

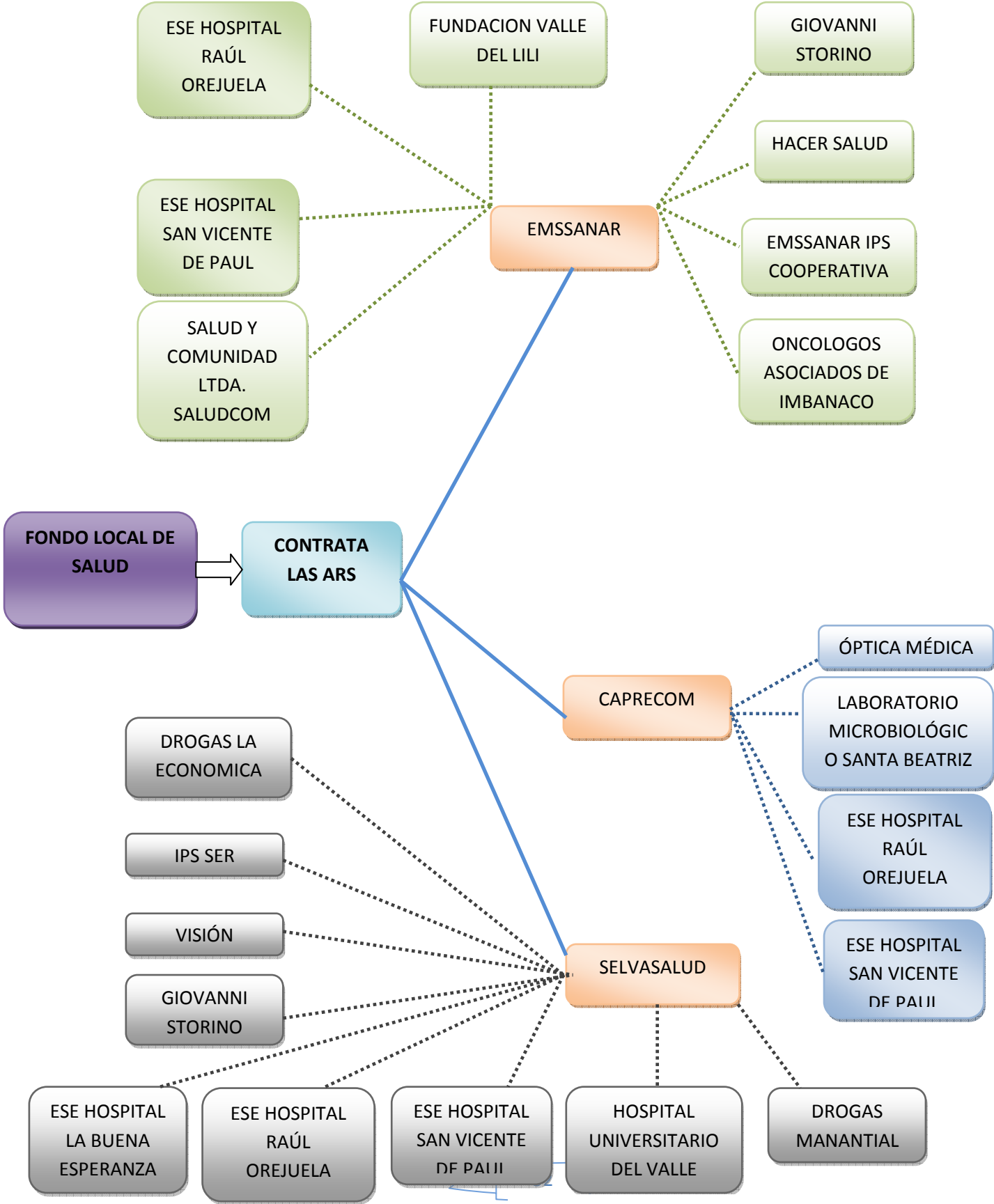
Este decreto se refiere al Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007-2010 en el cual se reglamentan y disponen de todos los procesos que se deben seguir para su adaptación e implementación, planteando su alcance, propósito, marco teórico, enfoque, principios, líneas de políticas, situación social, determinar las prioridades nacionales de salud, responsabilidades de los actores del sector salud de la nación entre otras determinaciones importantes para el buen desempeño del mencionado Plan Nacional de Salud Pública.

2.2. Descripción del Sistema Local de Salud

El Sistema Local de Salud nace por disposición de la ley 715 de 2001 el cual se encuentra conformado por las instituciones públicas que existen a nivel Departamental, Distrital o Municipal y que cuenta con recursos del Estado para su financiación. Estos Fondos Locales de Salud son relativamente nuevos, ya que su aparición se dio en el año 2002.

2.2.1. Estructura del Sistema Local de Salud

Ilustración IV PROCESO DE CONTRATACIÓN EN EL FLS



Fuente: Desarrollo de la investigación.

2.2.2. Entidades que conforman el Sistema Local de Salud de Palmira

El Fondo Local de Salud del Municipio de Palmira cuenta con una serie de actores que son de vital importancia para su adecuado desempeño y a su vez estos actores aportan a dicho Fondo con el fin de mejorar cada día la calidad de la atención en la Prestación del Servicio de Salud para los usuarios del Régimen Subsidiado.

Las entidades que hacen parte de este Sistema como actores son: El Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Secretaria Departamental de Salud, La secretaria de Salud Municipal, la Contraloría Municipal, Las Administradoras del Régimen Subsidiado ARS y los Usuarios, ya que estos últimos son los beneficiarios de los planes de salud destinados al ya mencionado Régimen Subsidiado de Salud.

Las entidades a las cuales se les asignan los contratos para atender a la población beneficiada con el subsidio total o parcial del Régimen Subsidiado de Salud a nivel Municipal son: CAPRECOM quien se encarga de atender al 10% de la población perteneciente a este Régimen, EMSANAR que atiende al 20% de la población y SELVASALUD que se encarga del 70% restante. Dicha contratación también se realiza con entidades privadas y las ESE de la ciudad, las cuales llevan a cabo los programas de Promoción y Prevención en Salud.

El Ministerio de Protección Social se encarga de conducir el Sistema general de Seguridad Social en Salud, además, define normas generales relacionadas con este tema.

La Superintendencia Nacional de Salud es la encargada de realizar la inspección, vigilancia y control a las ARS.

La Secretaria Departamental de Salud la cual se encarga de articular las redes de prestación de servicios de salud de las ARS, sin dejar de lado la vigilancia, control al sistema único de habilitación y auditoria para la calidad en salud a las IPS.

La Secretaria de Salud Municipal la cual tiene como principal función gestionar los recursos del régimen Subsidiado, seleccionar y priorizar los beneficiarios a los subsidios, contratación de las ARS, la realización del seguimiento y el cumplimiento de la contratación.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado ARS se encargan de afiliar los usuarios, contrata la red de prestadores de salud municipal y vigila la calidad de la prestación del servicio.

Los usuarios son los beneficiados de los planes de salud, dependiendo del nivel de cobertura del Régimen, es decir, subsidio total o parcial, conociendo y ejerciendo sus derechos y deberes.

Además de los ya mencionados actores que hacen parte del fondo local de salud se puede afirmar que existen otros actores que intervienen en el proceso de calidad de salud; dichos actores son:

El CIE CENTRO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA, esta institución se encarga de elaborar, diseñar e implantar el sistema integral de información en salud SIIS a nivel municipal, adicional a esto elabora una guía para la administración del régimen subsidiado a nivel municipal, igualmente elaboran la guía metodológica para la formulación del plan local de salud o Plan indicativo, de igual forma se encarga de elaborar guías metodológicas para el seguimiento y evaluación de las estrategias y soportes técnicos.

El fondo local de salud tiene contrato con tres ARS que existen actualmente en el municipio las cuales son: SELVASALUD, CAPRECOM Y EMSSANAR, estas a su vez se encargan de contratar, afiliar y seguir una serie de procedimientos para la atención de los usuarios beneficiados por el Régimen Subsidiado en salud



SELVASALUD

Esta es una ARS que nace como un proyecto nacional con el fin de prestar y garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud a nivel nacional, departamental y municipal, esta institución es de economía mixta y varios de sus socios son algunas ESE a nivel nacional; su misión es prestar un servicio de salud de manera oportuna, eficiente y eficaz hacia los usuarios.



EMSSANAR

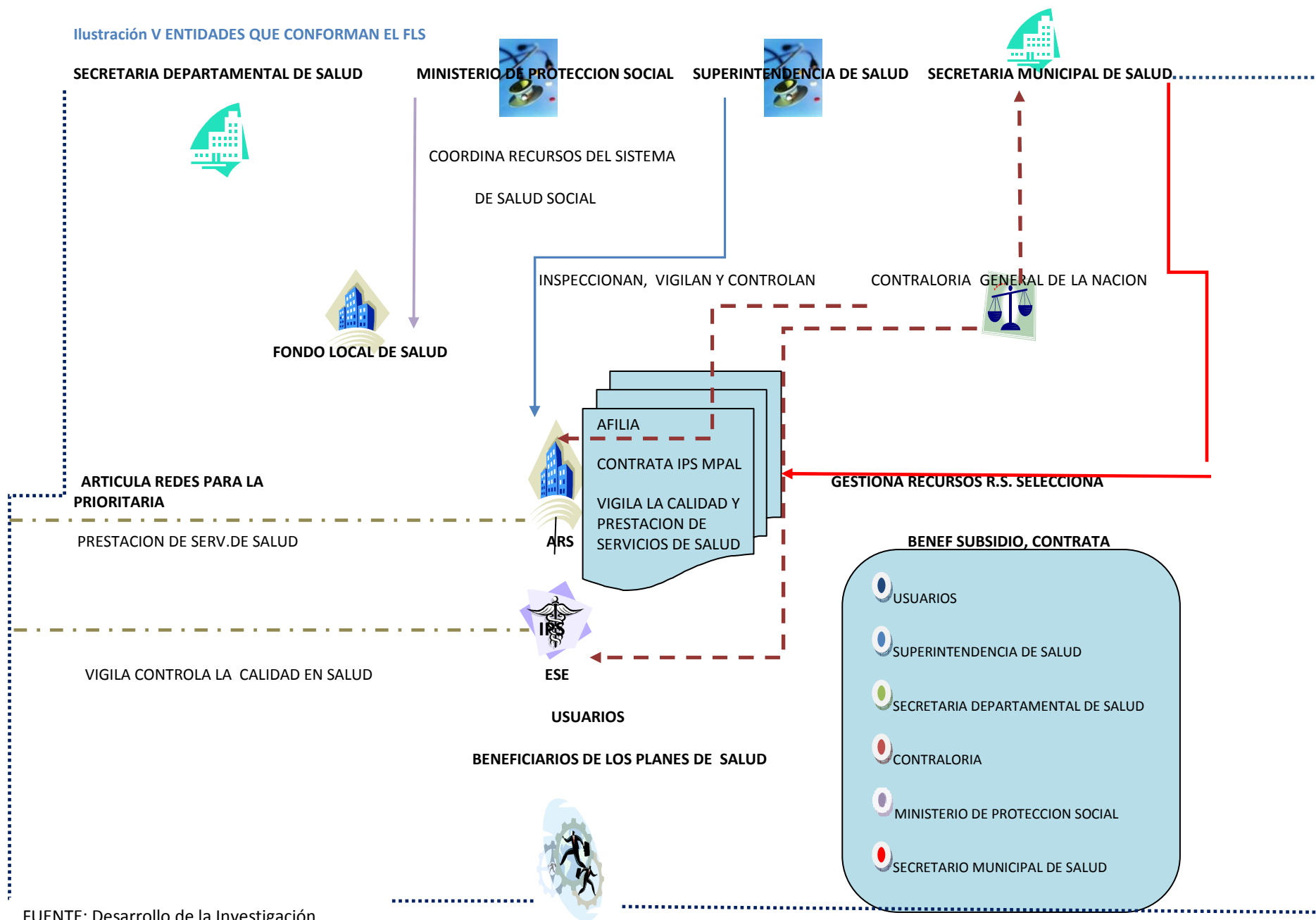
Esta ARS es una institución que se dedica a la comercialización y suministro de medicamentos, cosméticos y otros productos de carácter medico-hospitalarios garantizado la calidad en sus productos y en Palmira lo hacen por medio de una serie de IPS, y droguerías particulares con las cuales subcontratan; aunque este servicio no lo prestan solo en el Municipio sino que también lo prestan en el Suroccidente Colombiano.



CAPRECOM

CAPRECOM es una ARS que nació hace mucho tiempo en Colombia y la cual fue sometida a muchos cambios estructurales entre los cuales se encuentran a la entidad como una EPS, fondo de pensiones y Administradora del régimen solidario, donde funcionan financieramente de forma independiente y siempre garantizando la calidad en la prestación de sus servicios de salud.

Ilustración V ENTIDADES QUE CONFORMAN EL FLS



FUENTE: Desarrollo de la Investigación

3. DEFINICIÓN DE CÓMO LA AUDITORIA AYUDA A VERIFICAR EL FUNCIONAMIENTO ADECUADO DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD

La auditoría en salud es una herramienta excesivamente útil en el funcionamiento apropiado del Fondo local de Salud, y a su vez emplea herramientas tan útiles y valiosas como son las encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud en el que se encargan de evaluar el nivel de satisfacción que tiene el usuario en la ARS a la cual le fueron asignados para su Servicio de Salud de acuerdo al tipo de Subsidio que posee, es decir, si es parcial, o total.

Para llevar un adecuado procedimiento se tienen en cuenta las disposiciones legales emitidas por el gobierno y cada una de las herramientas que se presentan en el proceso de vigilancia y ejecución del Plan Nacional de Seguridad Social en Salud el cual da la facultad y asigna los planes a desarrollar para determinado periodo; también se llevan a cabo métodos y procedimientos que resultan de gran importancia para el cumplimiento adecuado de la auditoría en salud, lo que permite un mayor avance en el mejoramiento de la Calidad en la Prestación del Servicio de Salud.

3.1. Métodos y procedimientos utilizados en la Auditoría en Salud

El Fondo Local de Salud, la Contraloría, La Secretaría Departamental y Municipal utilizan una serie de Métodos y procedimientos que les son útiles en su labor de entes vigilantes y a su vez se busca mejorar cada día para garantizar la Mejor Calidad en Prestación del Servicio de Salud.

Una de las herramientas que se tienen en cuenta para llevar a cabo los métodos y procedimientos de auditoría en el Fondo local de salud en el área del Régimen Subsidiado de Salud es el decreto 028 del 10 de enero de 2008 el cual define las estrategias de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones.

Adicionalmente se utiliza el Manual Indicativo de Procesos para la Gestión Municipal del Régimen Subsidiado de Salud el cual se emite cada año con las correspondientes modificaciones realizadas en cada proceso de selección de los beneficiarios de dicho Régimen y la forma de asignar a las ARS los contratos con las entidades Promotoras y Prestadoras de Salud Municipal sean Públicas o privadas.

Para desarrollar el tema planteado, se utilizará el marco definido para las fases de la auditoría de acuerdo con Yanel Blanco Luna, en su texto Manual de Auditoría y Revisoría Fiscal a continuación se mostrara la forma como se plantea la auditoría en salud:

Ilustración VI FASES DE LA AUDITORIA

FASE I. ETAPA PREVIA Y DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL TRABAJO

No se encuentran presentes en este caso, teniendo presente que la auditoría aplicada es de carácter permanente y está delimitada por el marco jurídico previamente referenciado en este documento.

FASE II. PLANEACIÓN

a. Entendimiento de la entidad y su entorno y valoración de los riesgos.

El Fondo Local de Salud es una entidad del gobierno local destinada a la asignación y garantías de la calidad del servicio de salud ya que esta es una entidad de servicios de salud al igual que las entidades a las que asigna los contratos.

En esta entidad se puede identificar un riesgo de auditoría el cual se podría clasificar como un riesgo de control debido a que se pueden detectar las fallas pero se corrigen a tiempo.

En esta entidad al igual que en las demás a las que corresponda se realizara una visita con el fin de obtener la mayor información posible para la tabulación de la información y de dar unas recomendaciones acertadas respecto al caso.

Esta labor se realizara con el fin de revisar de forma detallada la información recolectada en la investigación; esta auditoría se puede clasificar de cumplimiento y de gestión.

b. Obtención de información sobre las obligaciones legales de la empresa.

El Fondo Local de Salud se alimenta de gran variedad de información suministrada por cada una de las entidades que pertenecen a este y que son parte relevante en el funcionamiento y ejecución adecuada de los planes y metas que se trazan cada año; entre las entidades o instituciones que contribuyen con información sobre las obligaciones legales del fondo podemos encontrar las siguientes:

- ✚ GOBIERNO NACIONAL. Quien es el máximo emisor de normas para los Fondos Locales y quienes se encargan de destinar los recursos a los Departamentos y Faculta a su vez a estos para tomar decisiones que vayan acorde a lo exigido por esta entidad. Esto se hace por medio del Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud entre otras entidades que participan en el Fondo como entes controlantes.
- ✚ GOBIERNO DEPARTAMENTAL. Esta entidad ejerce control, vigilancia y toma decisiones que benefician al departamento y ejecuta las normas y disposiciones dictaminadas por el gobierno nacional. La participación de esta entidad se ve reflejada en la participación que tiene la Secretaria Departamental de Salud, la Contraloría Departamental y las demás entidades que se involucran en el funcionamiento, control y vigilancia de los Fondos Locales de Salud.

- ✚ GOBIERNO LOCAL. La participación de este ente se ve reflejado en el momento de la contratación de las ARS y la asignación de población y recursos financieros para este fin y su control se ejecuta por medio de la Contraloría Municipal en el Departamento de Auditoría Integral y la Secretaría de Salud Municipal y las demás que estén participando y que tengan como función vigilar y controlar las actividades del Fondo Local de Salud.
- ✚ NORMAS INSTITUCIONALES INTERNAS. Este aspecto hace referencia a las normas internas que tiene cada ARS, ESE e IPS acerca de la atención, vigilancia y control de los procedimientos y el manejo de los recursos.

c. Obtención de información sobre el plan de gestión de la empresa.

En el caso del Fondo Local de Salud el gobierno tiene en cuenta una serie de procedimientos que deben seguir en el Departamento, a nivel Nacional y a nivel local teniendo en cuenta el plan nacional de salud y otros aspectos importantes que hacen parte de la gestión de dichos fondos entre los cuales podemos encontrar los siguientes:

- ✚ GOBIERNO DEPARTAMENTAL. El Departamento teniendo en cuenta los planes de ejecución que haya planteado para el año adecua y expide los procedimientos a seguir correspondientes a la gestión de los Fondos Locales de Salud.
- ✚ PLAN NACIONAL DE SALUD. Este documento contempla las disposiciones emitidas por el gobierno nacional en materia de salud y dicho documento se debe cumplir, de ahí se desprenden los planes locales de salud ya que todo lo que se ejecute referente a la salud de la población debe estar acorde con lo establecido por el Plan Nacional de Salud.
- ✚ PLAN LOCAL DE SALUD. Este plan tiene en cuenta lo determinado por el gobierno nacional en el Plan Nacional de Salud y se aplica a los proyectos que se pueden ejecutar a nivel Municipal en un determinado periodo de tiempo y con un presupuesto asignado por las áreas correspondientes.

d. Realización de procedimientos analíticos preliminares. Al momento de ejecutar una auditoría se deben tener en cuenta los diferentes procedimientos analíticos que influyen en la adecuada ejecución de dicha auditoría.

Investigación preliminar del funcionamiento y las bases normativas de la entidad que se tiene en cuenta para su funcionamiento. En esta parte se debe tomar como punto de partida la normatividad expedida por las entidades controlantes y vigilantes del fondo local de salud que se presentan a nivel nacional y de ahí tener en cuenta las normas que expide el gobierno regional y local estando siempre acorde con lo estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo.

Revisión de documentos existentes sobre auditorías anteriores realizadas a la entidad. Se deben revisar las anteriores auditorías realizadas y tener presente las recomendaciones y observaciones encontradas durante su ejecución y si se cumplieron en el tiempo determinado por el auditor y detallar si se recae en el error para proponer mejoras a dicho funcionamiento.

Entrevistas informativas con personas encargadas del área a analizar. Los encargados de control interno deben estar plenamente informados de todos los procedimientos y planes que tenga la entidad para que de dicha manera los haga cumplir sin dejar pasar eventos relevantes para su buen funcionamiento.

- e. Establecer la importancia relativa y evaluar el riesgo aceptable de auditoría y el riesgo inherente.

Riesgos del sector: Atención de Beneficiarios, Maximización de Recursos, calidad de servicios.

Los riesgos del sector que tienen relación directa con los beneficiarios, la maximización de los recursos y la calidad del servicio es que ninguno de los planes elaborados por las entidades a que les corresponde de acuerdo a lo definido por el Plan Nacional de Salud y por las políticas institucionales que vigilan y controlan el funcionamiento del Fondo Local de Salud en sí.

- f. Entender la estructura de control interno y evaluar el riesgo de control.

Intervenciones de control y formas

Las entidades que intervienen en este proceso directamente son el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia de Salud, La Secretaria de Salud en todas sus dependencias de acuerdo al nivel de importancia, estas instituciones se encargan de intervenir en el fondo local de salud, tomando como punto de referencia los parámetros institucionales que cada una tiene ejerciendo control y vigilancia sobre la mencionada entidad, emitiendo los lineamientos necesarios para que esta entidad lo acoja y lo ejecute.

Este control se hace de forma directa e indirecta en el cual se involucra a la contraloría y a las otras entidades.

FASE III. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA EN RESPUESTA A LOS RIESGOS VALORADOS

- g. Determinación de la naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos sustantivos requeridos.

El tipo de auditoría a realizar debe ser de gestión y debe ser oportuna en todos los aspectos que lo examinen teniendo en cuenta que cada procedimiento a realizar debe estar acorde con lo estipulado en el Plan Local de Salud y las demás normas que lo contemplen como son la calidad en la prestación de los servicios de salud, la satisfacción de los usuarios frente al mismo y la infraestructura del establecimiento donde se atiende la población que es importante para que los usuarios se sientan bien con el servicio que se les está brindando.

- h. Pruebas de los controles.

En esta área se realizan varias pruebas de controles como son la verificación de existencia de recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y los demás recursos que se hayan destinado para la financiación del Régimen Subsidiado, teniendo en cuenta la respectiva Cuenta Maestra que debe tener cada fondo.

Informes solicitados

Los informes solicitados por las entidades encargadas de su vigilancia y control como el Ministerio de Protección Social, la Supersalud, la Contraloría, la Contaduría General de la república y los demás entes controlantes serán informes de gestión, financiero, de procedimiento y cumplimiento de los programas planteados por el Municipio o Departamento, estos informes son presentados en algunos casos de forma trimestral o excepcional según lo requiera la situación.

Entre los informes que se presentan están los informes relacionados con la morbilidad y epidemiología en los Municipios y específicamente en la población atendida por cada ARS y ESE.

Glosas

Se especifica mediante informes las glosas o procedimientos que no cubre el subsidio y que debe pagar el Municipio o Departamento

i. Procedimientos sustantivos.

Visitas y Cruces de información

Las visitas a estas entidades deben hacerse de forma periódica de acuerdo a lo planteado en la planeación de dicha auditoría, teniendo en cuenta cada elemento necesario para su adecuado cumplimiento, además, debe llevarse a cabo un cruce de información para detectar inconsistencias que se pueden corregir a tiempo o en un plazo prudente, pactado por la entidad encargada de la vigilancia y control de estas instituciones.

Auditoría Médica (pertinencia)

La auditoría Médica es pertinente y oportuna, ya que es parte fundamental en estas instituciones y se debe realizar de forma periódica con el fin de ejercer control y vigilancia en las entidades que se encuentran directa e indirectamente relacionadas con el fondo local de salud.

j. Evaluación de la evidencia.

Para evaluar la evidencia de cada procedimiento ejecutado debe existir un soporte para poderse evaluar, ya que las evidencias deben ser físicas y comprobables con el fin de ejercer una adecuada función Auditando el Fondo Local de Salud.

Planes de Mejoramiento

Los planes de mejoramiento deben ser claros y deben cumplirse a cabalidad con el fin de seguir el ritmo de lo planteado por el Plan Nacional de Desarrollo a nivel de salud nacional, departamental y

Municipal, ya que esta es una herramienta demasiado relevante en las auditorías en salud y para ser más específicos en el adecuado cumplimiento de las funciones que tienen asignadas los fondos locales de salud sin dejar de lado las demás normas que lo cobijan.

FASE IV. FASE FINAL DE LA AUDITORIA

Informes finales. (Toma de Decisiones sobre el Sistema de Salud) Minprotección, Supersalud

Después de realizar los procedimientos adecuados y recoger la información necesaria para la elaboración de la auditoría y realizar un informe acerca de lo que se pudo detectar en la elaboración de la misma se debe actuar de forma oportuna y veraz frente a la situación actual de cada una de las entidades del Fondo Local de Salud, teniendo en cuenta el nivel de importancia que tienen estas decisiones en su desempeño.

Las entidades más importantes y encargadas de ejercer el control y la vigilancia sobre el Fondo Local de Salud deben estar plenamente informados acerca de los que se está llevando a cabo y deben acoger las recomendaciones en el momento en que se reporten y ejecutar las correcciones en el tiempo pertinente para que estas sean oportunas y efectivas garantizando un adecuado funcionamiento por parte de cada una de las entidades que hacen parte del Fondo Local de Salud.

k. Acumular evidencias finales.

Al finalizar los procedimientos, pruebas y controles debe reunirse una serie de evidencias que permitirán emitir o dictaminar lo relacionado con las pruebas obtenidas, en este procedimiento las cuales son los siguientes:

- ✚ MANUALES DE PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONAL. Cada entidad que conforma el Fondo Local de Salud está en la obligación de tener un Manual de Procedimientos ya que esto es relevante en el momento de realizar un control y posteriormente una auditoría no solo interna sino externa, ya que estos son los que nos guía en la ejecución de cada función, control y procedimiento.
- ✚ IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE AUDITORIA. Cada entidad debe contemplar la posibilidad de implementar programas de auditoría que beneficien a las entidades para la optimización de la atención de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, un medio por el cual se tiene en cuenta la opinión de los usuarios del servicio son las encuestas realizadas y que se refieren a la atención, al sitio donde los atienden y a lo demás que tenga relación con el entorno donde son atendidos.

Encuestas

- ✚ ELABORACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION. En la cual se evalúa la atención, desempeño, infraestructura y satisfacción del servicio que tiene el usuario con el servicio que se le está suministrando actualmente.

Informes emitidos

Elaboración de informes de auditoría por parte de la contraloría y demás entidades correspondientes.

Sugerencias por parte de los usuarios

Las sugerencias realizadas por los usuarios que se tendrán en cuenta serán las que correspondan a la satisfacción del servicio de salud, calidad e infraestructura, es decir, si se encuentran satisfechos con el sitio en el que los atienden y como son atendidos por parte de los funcionarios.

Reportes de novedades de la calidad del servicio de salud

Por medio de los informes realizados de forma periódica u ocasional se debe consignar en este reporte, y todo lo que corresponde a este tema, ya que en la auditoría en salud es lo que prevalece.

I. Evaluar el supuesto de empresa en marcha.

En esta parte se evalúa el funcionamiento del Fondo teniendo en cuenta que debe cumplir con las especificaciones legales de orden Nacional, Departamental y municipal de Sanidad, para funcionar entre otras normas que establecen las entidades que ejercen control sobre el Fondo Local de Salud, siendo más específicos al Régimen Subsidiado.

Elaboración de recomendaciones.

Realizar los respectivos ajustes para cumplir con los presupuestado y con lo asignado por el gobierno Nacional, Departamental y Local.

m. Obtener carta de presentación o certificación de los estados financieros.

De acuerdo al trabajo planteado a las directivas se sigue el procedimiento regular para obtener lo necesario para tener acceso a la información financiera y a las demás certificaciones y herramientas de esta índole que se necesiten para su elaboración.






Esto se debe hacer con previo consentimiento de las directivas en la cual estas personas estén consientes de que el trabajo que se va a realizar es importante para todos.

n. Revisar los estados financieros y verificar que las cifras finales concuerdan con ellos.




Al final de cada periodo el gobierno aprueba un presupuesto para estas entidades de acuerdo a los planes de trabajo que tengan planteados para el próximo año al momento de realizar una auditoría se verifica si dichos planes se han cumplido dentro de lo presupuestado a si ha sido mas económico o por el contrario más costoso y se realizan los respectivos ajustes con el fin de todo siga su curso sin salirse de control.

- o. Construir los indicadores esenciales para evaluar el desempeño de la administración en el cumplimiento de los objetivos y metas.

Los Fondos locales de Salud manejan una serie de indicadores que les permite medir el desempeño de la administración en el cumplimiento de los objetivos y metas entre los que podemos destacar se encuentran:

-  Mortalidad Hospitalaria
-  Infecciones Hospitalarias
-  Tiempos de Espera
-  Reingresos
-  Eventos Cancelados



ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD

-  Oportunidad en la asignación de las citas
-  Oportunidad en la atención en consulta
-  Oportunidad en la realización de cirugías

CALIDAD TECNICA

-  Tasa de reingreso de pacientes

GERENCIA DEL RIESGO

-  Tasa de mortalidad intrahospitalaria
-  Proporción de vigilancia de eventos adversos

SATISFACCION/LEALTAD

-  Tasa de satisfacción global

- p. Emitir el informe de auditoría.

Después de realizar la auditoria en el Fondo Local de Salud se emite un informe que va dirigido a esta entidad y también se evalúa el desempeño de las entidades que tienen a cargo la atención de la población beneficiaria con el subsidio de salud, estos informes cobijan todos los aspectos solicitados en las auditorias y se realiza énfasis en las falencias o puntos débiles que tengan estas entidades y como se pueden solucionar y se da un plazo determinado para cumplir a cabalidad las recomendaciones elaboradas en el informe.

Entre las entidades que reciben informes de auditorías encontramos las siguientes:

- ✦ ARS o EPSS Estos informes se elaboran teniendo en cuenta la administración de los recursos, la contratación con las ESE, IPS y demás entidades que se involucran en este proceso y en las condiciones en las que son atendidas estas personas, es decir los usuarios quienes son los más importantes para estas entidades.
- ✦ IPS así como para las IPS para las ESE se tienen en cuenta una serie de aspectos importantes para la elaboración de las auditorias como son los procedimientos, condiciones de atención, facturación, infraestructura y nivel de satisfacción de los usuarios en la atención de los servicios de salud.
- ✦ ESE Se evalúan las actividades de acuerdo al nivel de atención que posee la entidad y la cobertura del Subsidio, teniendo en cuenta que si no se posee cobertura en determinado procedimiento la Secretaria de Salud Municipal o Departamental asume esos costos y esto tiene un tratamiento diferente al cual se le mantiene en constante cuidado.
- ✦ SECRETARIA DE SALUD A esta entidad llegan los informes solicitados por la entidad a las ARS, ESE e IPS en los tiempos determinados y se evalúa todo el desempeño de estas entidades y si se cumple o no con el Plan Local de Salud.

q. Discusión del informe con la administración o comité de auditoría.

Después de emitir los informes solicitados por las entidades pertinentes y que ejercen control y vigilancia al Fondo Local de Salud se hacen llegar a estas entidades donde se procede a evaluar la forma de actuar de dichas entidades frente al Régimen Subsidiado y se realizan las correspondientes Recomendaciones en las cuales se determina un plazo para corregirlas en un tiempo prudente. Las entidades que realizan este proceso son:

- ✦ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
- ✦ SUPERINTENDENCIA DE SALUD
- ✦ SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
- ✦ CONTRALORIA

FASE V. CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Existen entidades encargadas de garantizar el control, la vigilancia y calidad de los servicios prestados por El Fondo Local de Salud el cual debe hacer cumplir a cabalidad lo determinado por el Gobierno. Entre las entidades encargadas de ejercer esta función encontramos las siguientes:

- ✦ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
- ✦ CONTRALORIA
- ✦ SUPERINTENDENCIA DE SALUD
- ✦ SECRETARIA DE SALUD
- ✦ CIE CENTRO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

FUENTE. Desarrollo de la Investigación

3.2. Manuales de Funciones de la Auditoria en Salud

El fondo local de salud utiliza una serie de manuales de funciones las cuales son de gran utilidad en la elaboración de las auditorías uno de estos manuales es la Guía para la administración del Régimen Subsidiado, la guía metodológica del plan local de salud, la guía metodológica del fondo local de salud, guía de direcciones locales de salud, metodología de seguimiento y evaluación de las estrategias, el manual indicativo de procesos para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud, el mismo decreto 028 del 10 de enero del 2008.

La guía para la administración del régimen Subsidiado a nivel del Municipio se encarga vigilar, controlar, y garantizar la calidad en la administración del régimen subsidiado a nivel municipal, emitiendo una serie de informes de gestión y de otro tipo donde se plantean las sugerencias y recomendaciones a seguir respecto a este tema y a la calidad del servicio de salud que se está prestando actualmente en el municipio.

La guía metodológica para la formulación del plan local de salud o plan indicativo tiene como objetivo cumplir con los procedimientos planteados a nivel municipal para garantizar la calidad en el servicio de salud prestado al Régimen Subsidiado en salud; planteando sus metas anuales, la situación actual del plan de desarrollo, y con ello se plantea y elabora una matriz de priorización de problemas en el cual se tiene en cuenta la viabilidad, importancia, los beneficiarios directos y afectados entre otros aspectos importantes para su elaboración.

La guía metodológica para el seguimiento y evaluación de las estrategias y los soportes técnicos se encarga de realizar y evaluar las situaciones de la calidad de salud por medio de indicadores de resultados en los cuales están los indicadores de eficiencia o productividad, eficacia, efectividad e impacto entre otros, donde se tienen en cuenta los planes de acción a través de la ejecución de los proyectos y/o programas planteados.

La guía para el diseño e implantación del sistema integral de información en salud SIIS a nivel municipal es un sistema que cubre el procesamiento de toda la información suministrada por el fondo local de salud en el cual al momento de procesarlo y discernir la información aquí consignada se procede a tomar decisiones de acuerdo a lo planteado en los proyectos y planes anuales propuestos para mejorar y sostener la calidad de la salud al Régimen Subsidiado.

El decreto 028 del 10 de Enero de 2008 contempla las disposiciones emitidas por el gobierno respecto a las estrategias de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del sistema General de Participaciones y que hace parte de las normas que debe tener en cuenta el fondo local de salud, para su funcionamiento óptimo, y para presentar sus metas anuales, evaluando los riesgos que puede tener al no presentar la información ante los entes vigilantes que lo requieran de carácter oportuno.

El manual indicativo de procesos para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud es un manual que le sirve a la secretaria municipal de salud como guía para la identificación y selección de los beneficiarios al subsidio total o parcial, la contratación de las ARS, la afiliación de los beneficiarios de este subsidio, la asignación y seguimiento a los recursos financieros destinados a esta labor en el cual se plantean una serie de controles a seguir en las diferentes dependencias sin dejar de lado que lo más relevante para esto son el cumplimiento a cabalidad de las normas y garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud que pueda prestar cada ARS a los usuarios de este servicio.

3.3. Papeles de trabajo de la auditoría en Salud

La auditoría en Salud tiene una gran variedad de herramientas de trabajo para el cumplimiento de sus funciones de vigilar y controlar los procedimientos del fondo local de salud en este caso, el cual emplea un programa llamado el Audite 3.0 que se utiliza como una guía metodológica, además de este programa se tiene en cuenta el Manual Indicativo de Procesos para la gestión Municipal del Régimen Subsidiado de Salud emitido por el Ministerio de Protección Social que dicta los procesos de depuración, integración y selección de los beneficiarios, procesos de municipio.

Igualmente, el Auditor Médico emplea una variedad de papeles de trabajo los cuales son: Hoja de trabajo, Los cuestionarios, las Planillas, las Hojas de análisis, Actas u otros papeles relativos, los Asientos de ajustes y las Gráficas sin dejar de lado la información que debe recolectar para poder realizar su labor de un modo eficiente y capaz como son; la estructura orgánica, el área administrativa, el área asistencial, el área financiera, lo que se refiere a la atención al cliente, y el recurso humano.

La Contraloría Municipal delegando su función al Departamento de Auditoría integral lleva a cabo una serie de procedimientos en la elaboración de las auditorías, en el cual se emplean unas herramientas como son el Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU, Evalúa los diferentes sistemas de atención al usuario en cada ARS y también emplea la encuesta de Satisfacción de los Usuarios de las ARS.

El Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU utiliza una tabla en la cual se muestran los resultados de dicha evaluación.

ARS	OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO		LINEA TELEFONICA 24 HORAS		N° DE QUEJAS	% DE QUEJAS SOLUCIONADAS	% QUEJAS EN TRAMITE	TIEMPO DE RESPUESTA EN DIAS
	SI	NO	SI	NO				
EMSSANAR	X			X	62	92	8	5.5
SELVASALUD	X			X	12	100	0	INMEDIATO
CAPRECOM	X			X				

FUENTE: DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTROL INTERNO Y AUDITORIA INTEGRAL, Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial Control Fiscal al Régimen Subsidiado Tabla de Evaluación del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU. Palmira Marzo de 2007.

El programa Audite 3.0 es un programa con el cual cuenta la contraloría municipal para almacenar toda la información suministrada por el fondo local de salud y este programa se encarga de reportar los errores que existen en la información y que se debe revisar junto con el asesor de Auditoria quien en este caso es el Auditor médico que ellos Contraten para realizar la Auditoría al régimen Subsidiado sin dejar de lado que lo más importante es siempre garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud.

Este tipo de auditoría ayuda fundamentalmente al funcionamiento adecuado del Sistema Local de Salud ya que posee una variedad de controles que ejecutados de forma adecuada podrían garantizar un funcionamiento casi perfecto en cada procedimiento de asignación, ejecución y planeación con el cual cuenta este Sistema, donde busca como objetivo fundamental, la atención y satisfacción en la atención de los usuarios que tienen acceso al Subsidio de Salud total o parcial y que no cuentan con la capacidad económica para cotizar una EPS.

El gobierno local por medio de la asignación de recursos provenientes del FOSYGA y otros recursos que se destinan para este fin realiza por medio de la Secretaria de Salud Municipal la asignación de las ARS que harán parte del Sistema Local de Salud y a su vez esta entidad se encarga de evaluar y asignar los subsidios de acuerdo a la población censada a nivel Municipal lo cual se debe actualizar de manera constante para no caer en el error de asignar subsidios a quien no tenga derecho ya sea porque pertenece al máximo de pobreza o porque se encuentra en capacidad de aportar a una EPS, después de esto se realiza un proceso de selección meticoloso en el cual se toma la decisión de asignar a dicha población el subsidio y posteriormente a la contratación de las ARS la asignación

de una parte de la población acogida por el subsidio para administrar esos recursos destinados a dicha población esto se realiza con cada ARS y como consecuencia de esto, estas ARS subcontratan a las EPS, IPS y ESE de los diferentes niveles para atender la población beneficiada, pero no solo se tienen en cuenta los procedimientos que cubren estas entidades; también se realizan procedimientos más especializados con previa autorización dependiendo del nivel de importancia y quien lo cubija ya que existen determinados procedimientos que los cubre el Municipio y la Gobernación por medio de lo que se conoce como CAPITACION que son procedimientos en los cuales los directos responsables financieramente son la gobernación.

Adicional a esto se cuenta con un proceso de control y vigilancia que va acorde con lo que se solicita en el cual las entidades reportan dependiendo su nivel de importancia la información que se ha recolectado de acuerdo a los planes de trabajo que se tienen para determinados periodos y se tiene en cuenta la parte financiera y de gestión ya que de estos depende en gran parte el adecuado funcionamiento del Sistema Local de Salud. Dichos informes se emiten de forma trimestral o dependiendo de la importancia con lo que lo requiera la entidad que lo solicite, en estos informes se tienen en cuenta no solo procedimientos realizados en ese periodo sino que también se tienen en cuenta los niveles de satisfacción que tienen los usuarios por el lugar y la forma como son atendidos en los sitios a los cuales les fue asignada de forma voluntaria ya que se puede elegir a que entidad quieren ser afiliados o si no lo realizan así se asigna automáticamente.

Cada entidad integrante del Sistema Local de Salud tiene un programa que es útil para la ejecución de los planes que se tienen para cada periodo y para controlar dichos recursos y a su vez cada entidad controlante tiene su programa el cual permite verificar información y por medio de esta dar un dictamen de la entidad a la cual se le está realizando la auditoria y si presenta alguna falencia se le da un plazo y se realizan observaciones o sugerencias de cómo se pueden solucionar.

Además, se cuenta constantemente con el Plan Nacional de Desarrollo a nivel salud el cual determina el proceder del sector y cada procedimiento ejecutado por cada entidad debe estar acorde con dicho plan porque esta es la guía para proceder en el sector, contando adicionalmente con el Plan Local de Salud que también cobra importancia en la forma de actuar de cada entidad en los procedimientos garantizando las políticas desarrolladas por dicho plan.

4. DETERMINACIÓN DE ASPECTOS A MEJORAR EN LA AUDITORIA EN SALUD

En este capítulo se realizarán las recomendaciones necesarias después del proceso de recolección e investigación de la información suministrada por cada entidad visitada.

4.1. Análisis de la información obtenida por las técnicas de recolección de datos.

La información obtenida por medio de las técnicas de recolección de datos utilizados como las entrevistas a los funcionarios de las entidades elegidas como las ARS, ESE y algunas entidades de control que forman parte del fondo local de salud, y aunque dichas entidades controlantes y vigilantes que hacen parte de este fondo diseñan y ejercen controles para que funcionen de manera oportuna en algunas oportunidades se realizaron auditorías por el departamento de Auditoría Integral la información utilizada resultaba ser inoportuna puesto que se obtenía información que no estaba acorde con la realidad. Esta información debe ser por el contrario actualizada de acuerdo al caso y al tipo de informe que se requiera.

El sistema debe contar con una serie de planes de ejecución y metas para cumplir dentro de un determinado tiempo aunque es muy difícil que exista una coordinación total debe tratarse de encontrar la forma como se pueda actuar sin que se deje aparte cada procedimiento, es decir, debe existir cierta coordinación para que pueda funcionar de una manera óptima ya que este sistema se somete a constantes cambios.

Otro aspecto que es importante destacar son los sitios de atención que tienen las diferentes ARS en el Municipio y a las cuales deben acudir los usuarios del servicio, en Palmira existen tres ARS entre las que se encuentra SELVASALUD y es importante destacar esta entidad porque parece que los usuarios no se encontraran a gusto con el sitio donde los atienden por lo pequeño y es que si se compara con otra ARS como EMSSANAR ellos tienen una buena infraestructura ya que son amplios los sitios donde se atienden a los usuarios, CAPRECOM también tiene esta falencia de infraestructura, esto debe ser algo importante para tener en cuenta al momento de atender población ya que la falta de espacios puede causar hacinamientos aunque no se atiendan eventos mayores.

Cada entidad que hace parte de este Sistema debe garantizar el cumplimiento de cada una de las normas dispuestas por el Gobierno Central y Local y entre estos está el evitar la sobrefacturación y la elaboración de cada indicador que se aplique a la entidad correspondiente, aunque los centros de atención deben contar con indicadores de gestión sin interesar en el nivel de importancia que tenga cada centro de atención.

4.2. Paralelo entre la situación actual y lo que debería ser.

Para realizar este paralelo se tendrá en cuenta la información suministrada y recolectada con cada visita y entrevista a las personas encargadas del área de Auditoría, además, de esto los documentos suministrados y que sean útiles para llevar a cabo dicho paralelo.

4.2.1. CONDICIONES ACTUALES

Actualmente las Auditorías en el Fondo Local de Salud del Municipio son realizadas por un Auditor Médico, cuya profesión es Médico con especialidad en Auditoría Médica quien asesora al Departamento de Auditoría Integral en la Contraloría Municipal.

El último censo realizado en el Municipio para realizar el informe al 2007 fué realizado en el año 2005 y al parecer el censo realizado tiene datos incorrectos y la asignación de subsidios a la población está mal asignada, dado que estos subsidios se asignan a personas que no cumplen con los requisitos mínimos para obtener estos subsidios siendo personas que si pueden pagar su EPS.

Según lo reflejado en la investigación en el Municipio, al parecer solo existen tres ARS a las cuales se les asigna siempre los contratos y por eso se presta esta situación para cometer muchas irregularidades con el manejo de los dineros asignados para esta causa y donde estas instituciones no cumplen con la calidad de la prestación del servicio de salud a los beneficiarios, ya que esto es lo que refleja la encuesta de satisfacción que se realiza a los usuarios del servicio.

Las ARS cumplen a cabalidad con las normas estipuladas por el Gobierno Nacional, Departamental y Local y también se encargan de implementar controles a nivel interno los cuales pueden o no funcionar dependiendo de su manejo, sin dejar de lado que cada ARS cuenta con un programa contable y algunos con un programa de auditoría que les permite llevar un control y detectar los errores financieros que se pueden cometer en el proceso de asignación de los procedimientos que necesita cada usuario.

Actualmente cada ARS se encarga de administrar los recursos destinados a cubrir los procedimientos que requiera la población beneficiada con el subsidio y a su vez asignada en el proceso de licitación, teniendo en cuenta aquellos procesos que no cumplen el subsidio y que por lo tanto deberán cubrir el Municipio o el Departamento por algo llamado Unidad de Pago por Capitación y a su vez estas entidades se encargan de contratar a las ESE e IPS dependiendo de los niveles de atención con los que cuenta el Valle del Cauca ya que solo existen cuatro.

El fondo local de salud en la actualidad cuenta con dos personas encargadas de realizar las auditorías al régimen subsidiado, una de ellas es asesora de la contraloría municipal y tiene como profesión Auditor médico, la otra persona es una ingeniera encargada de revisar el sistema de información manejado en el fondo como es el Audite 3.0, con estas herramientas se procede a evaluar el ya mencionado fondo y a generar los informes teniendo en cuenta que esta no es la única información que tienen presente para realizar la auditoría.

Cada entidad que pertenece al Municipio emplea una serie de datos para generar los informes que son presentados ante las entidades controlantes como el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y actualmente no tienen en cuenta la oportunidad de los datos que utilizan en el proceso de asignación de los subsidios y la forma como proceden a verificar la veracidad de la información presentado por los aspirantes al subsidio.

Después de realizar la investigación se pudo detectar que solo existen tres ARS en el Municipio a las cuales siempre se les asignan los contratos y la administración de recursos financieros, lo cual deja cierto malestar entre los usuarios del servicio, ya que algunos al contestar la encuesta de satisfacción realizada por la contraloría municipal arrojó como resultado la insatisfacción con el sitio donde son atendidos.

Actualmente las ESE que participan en el fondo local de salud se encargan de utilizar y realizar indicadores para evaluar el desempeño de la administración, tomando como base los indicadores planteados por el gobierno nacional.

En el municipio existe actualmente una red hospitalaria conformada por las ESE de acuerdo a su nivel de atención y junto con la secretaría de salud municipal se encargan de elaborar el plan de desarrollo de salud local para atender a la población asignada.

Cada entidad cuenta con sus controles internos lo que les permite evaluar su funcionamiento de acuerdo a su necesidad y la de la población atendida por cada una, para garantizar el servicio de salud a los usuarios.

Las entidades del fondo local de salud se articulan con dicho fondo, de acuerdo a lo estipulado por el gobierno nacional para poder funcionar de manera adecuada.

4.2.2. CONDICIONES IDEALES

Para que el Fondo Local de Salud funcione apropiadamente se deben cumplir con las siguientes condiciones relevantes para un correcto funcionamiento por eso se deben dar unas condiciones precisas como las siguientes:

El Sistema Local de Salud debe funcionar de manera adecuada y con una coordinación de cada uno de los procedimientos a seguir en dicho sistema sin dejar de lado la normatividad vigente y los mecanismos y formas de control y vigilancia que hacen parte de dicho Sistema.

Antes de asignar los contratos a las ARS deben realizarse visitas periódicas en las cuales se tengan en cuenta los sitios de atención (adecuación e infraestructura) sin dejar de lado las condiciones mínimas de atención de los usuarios del subsidio.

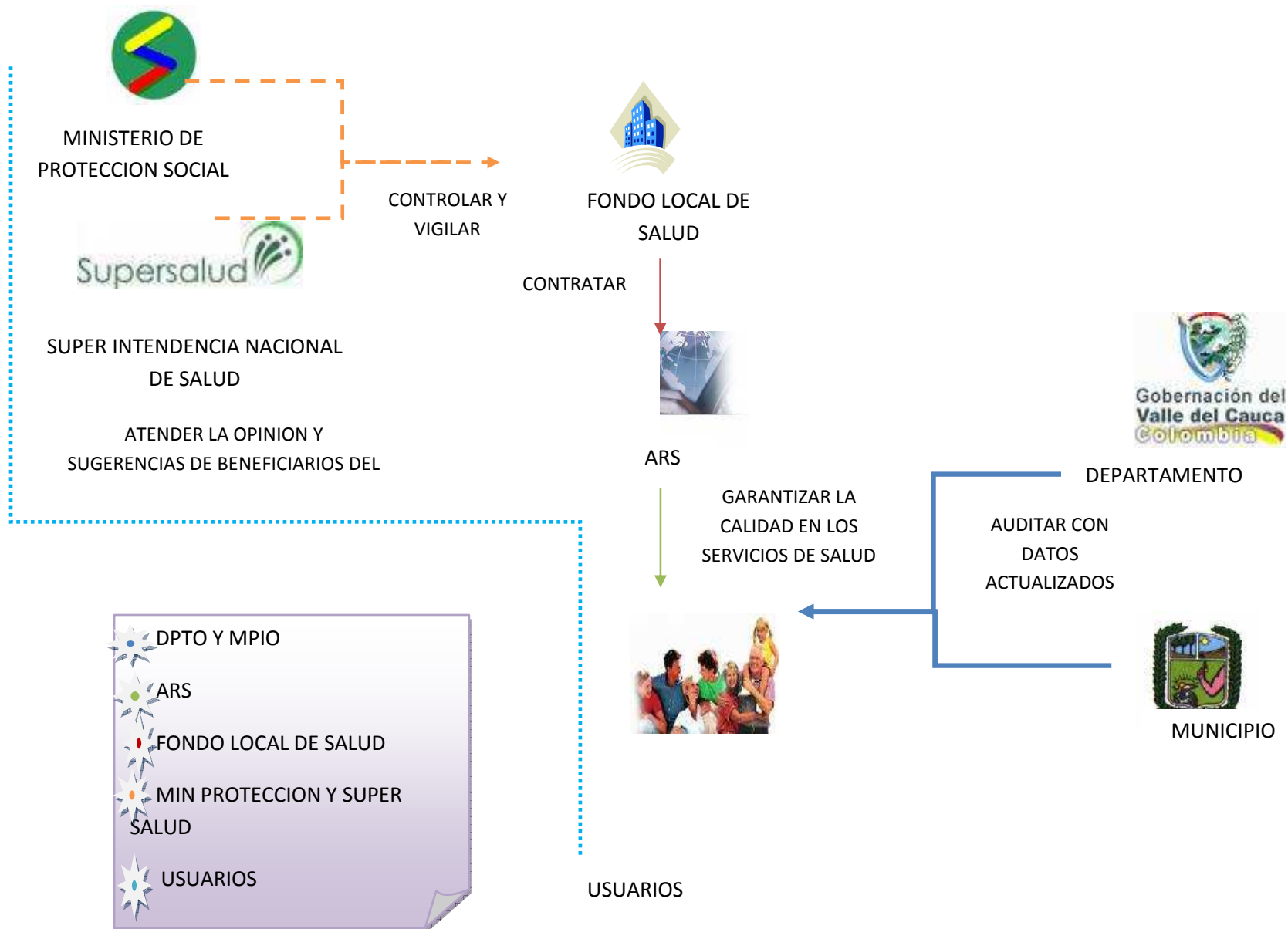
Los controles que se le efectúen al Sistema Local de Salud específicamente al Régimen Subsidiado como las visitas y auditorías y posteriormente las entregas de dichos informes deben ser acordes a una información vigente no tan posterior como la de años anteriores, se puede aceptar la presentación de un informe del año inmediatamente anterior durante los primeros dos meses del año siguiente como por ejemplo si termina el año 2007 entonces la auditoría que se realice debe corresponder a ese año y entregar dicho informe durante los dos meses siguientes.

Para ejercer una buena auditoría al fondo local de salud se debe contar con un grupo de trabajo conformado por uno o varios profesionales que manejen muy bien varias áreas como la financiera, la parte de administración pública, procesos y procedimientos de salud, una persona que maneje el sistema de información, para poder generar informes integrales donde se abarquen si es posible todas las áreas o por lo menos las más importantes que participan en el funcionamiento del mismo.

Las entidades participantes del fondo local de salud deben contemplar la idea de realizar informes con información oportuna y reciente que esté acorde con lo que se está pidiendo y plantear nuevas formas de proceder frente a la verificación de la información presentada por los aspirantes al beneficio del régimen subsidiado.

Deben realizarse convocatorias en las cuales se dejen participar a otras ARS para la asignación de los contratos sin dejar de lado la ley 1122 del 2007 que habla sobre la contratación de las EPS y la administración de los recursos financieros de la población que forma parte del régimen subsidiado, además, sería bueno tener en cuenta las observaciones realizadas por los usuarios que se refieren a la atención que le prestan.

Ilustración VIII FUNCIONAMIENTO IDEAL DEL FLS



PREGUNTAS TENTATIVAS PARA LAS ENTREVISTAS

FECHA

NOMBRE

CARGO

PREGUNTAS PARA ARS Y ESE

1 ¿COMO SE ARTICULA SU ORGANIZACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?

2 ¿A QUE CONTROLES ESTA SUJETA SU ENTIDAD EN CUANTO A LA GESTION DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?

3 ¿QUE CONTROLES INTERNOS APLICAN PARA GARANTIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD?

4 ¿QUE INFORMACION UTILIZA SU ENTIDAD PARA LLEVAR A CABO SU GESTION?

EN LOS HOSPITALES PREGUNTAR POR LOS INDICADORES ESENCIALES PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DE LA ADMON EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y METAS

PREGUNTA PARA EL FUNCIONARIO DE LA GOBERNACION

QUE CONTROLES REALIZAN A LAS ENTIDADES QUE SE ENCUENTRAN BAJO SU CONTROL

QUE INFORMES SOLICITAN A LAS ENTIDADES QUE SE ENCUENTRAN BAJO SU CONTROL.

QUE PROCEDIMIENTOS SUSTANTIVOS REQUIEREN PARA REALIZAR UNA AUDITORIA AL REGIMEN SIBSIDIADO EN EL FONDO LOCAL DE SALUD.

ENTREVISTA 1

Fecha: Diciembre 2006
NOMBRE: Claudia Franco
CARGO: Jefe de Planeación Municipal
ENTIDAD: Alcaldía Municipal de Palmira
¿Cuál es la categoría del Municipio de acuerdo a su nivel de ingresos y al número de habitantes para el año 2007?

La Dra. Claudia Franco suministró los datos de la población censada en el año 2005 y la categoría que tenía el Municipio para el año 2007 destacando el nivel de ingresos y el número de habitantes con los que cuenta Palmira según el último Censo realizado en el 2005.

ENTREVISTA 2

Fecha: Diciembre 2006
NOMBRE: Sorelly López
CARGO: Asistente de Secretaria de Salud Municipal
ENTIDAD: Alcaldía Municipal de Palmira
¿Cuántas ARS existen en el Municipio de Palmira?
¿Qué porcentaje de la población del Municipio pertenece a cada ARS?

La Dra. Sorelly López nos comentó la cantidad de ARS que existen en Palmira y el Porcentaje de la población censada es elegida para obtener el Subsidio y que porcentaje está afiliado a cada ARS, además suministro el Manual Indicativo de procesos para la gestión Municipal de Régimen Subsidiado en Salud emitido por el Ministerio de Protección Social.

ENTREVISTA 3

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2008
NOMBRE: ONEYDA SANCHEZ
CARGO: AUDITORA DE SISTEMAS
ENTIDAD: CONTRALORIA MUNICIPAL
¿Qué entidades realizan los informes de Auditoría?
¿Quiénes son los receptores de la información suministrada en los informes de Auditoría?
¿Qué entidades elaboran los procedimientos de Auditoría?
¿Qué herramientas utilizan en la elaboración de una auditoría?

La Dra. Oneyda explicó de forma clara el proceso de realización de una Auditoría al Régimen Subsidiado en el Fondo Local de Salud, las herramientas que utilizan y la asesoría de un Auditor Médico para poder llevar a cabo dicha auditoría.

ENTREVISTA 4

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2008
NOMBRE: BERNARDO MARTINEZ
CARGO: CONTADOR PÚBLICO AUDITOR
ENTIDAD: CONTRALORIA MUNICIPAL
¿Qué entidades realizan los informes de Auditoría?
¿Quiénes son los receptores de la información suministrada en los informes de Auditoría?
¿Qué entidades elaboran los procedimientos de Auditoria?
¿Qué herramientas utilizan en la elaboración de una auditoria?

Lo más importante de la entrevista con el Dr. Bernardo Martínez fué el último Decreto expedido por el Gobierno Nacional en el cual se determinaba el procedimiento a seguir respecto a las auditorías a realizar y los procedimientos para el año 2008.

ENTREVISTA 5

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2008
NOMBRE: RICARDO CAICEDO
CARGO: JEFE DE AUDITORIA INTEGRAL
ENTIDAD: CONTRALORIA MUNICIPAL
¿Qué entidades realizan los informes de Auditoría?
¿Quiénes son los receptores de la información suministrada en los informes de Auditoría?
¿Qué entidades elaboran los procedimientos de Auditoría?
¿Qué herramientas utilizan en la elaboración de una auditoría?

El Dr. Ricardo Caicedo hizo referencia a la última auditoría que se realizó al Fondo Local de Salud especialmente al Régimen Subsidiado en Salud del Municipio de Palmira el cual es una información que no está acorde al tiempo de realización.

ENTREVISTA 6

FECHA: 22 DE MAYO DE 2008
NOMBRE: FAUSTINO BARRERO
CARGO: JEFE DE AREA FINANCIERA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE CALI
ENTIDAD: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE CALI
¿Qué opinión tiene sobre los controles al sistema de salud en las entidades estatales actualmente?
¿Qué herramientas utilizan en la Auditoría en Salud?
¿Existen coordinación con los distintos entes del Sistema de salud en la aplicación de los controles?
¿Qué uso realiza la entidad con la información recopilada sobre el funcionamiento del Sistema Local de Salud?

De la entrevista con el Dr. Faustino Barrero se puede destacar los tipos de controles que se efectúan al fondo local de salud y que una de las auditorías que se realiza en dicho fondo es la de la UPC que es la Unidad de Pago por Capitación que es una forma de financiación que tiene el Municipio y la Gobernación para cubrir los procedimientos de los beneficiarios del Subsidio y que están por fuera del P.O.S.

ENTREVISTA 7

FECHA: 06 de Junio 2008	ENTIDAD: EMSSANAR
NOMBRE: MARIBEL OCAMPO	
CARGO: Coordinadora de Promoción y Prevención	
¿COMO SE ARTICULA SU ORGANIZACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?	
¿A QUE CONTROLES ESTA SUJETA SU ENTIDAD EN CUANTO A LA GESTION DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?	
¿QUE CONTROLES INTERNOS APLICAN PARA GARANTIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD?	
¿QUE INFORMACION UTILIZA SU ENTIDAD PARA LLEVAR A CABO SU GESTION?	

Aunque todo en la entrevista fué importante lo que más se puede destacar es que la entidad tiene claras cuáles son sus prioridades con los Beneficiarios del Subsidio y qué controles deben llevar a cabo para que todos sus planes puedan funcionar adecuadamente.

ENTREVISTA 8

ENTIDAD: CAPRECOM	FECHA: 13 de Junio de 2008
NOMBRE: OSCAR HERNÁN SANCLEMENTE	
CARGO: Jefe del Área Financiera	
¿COMO SE ARTICULA SU ORGANIZACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?	
¿A QUE CONTROLES ESTA SUJETA SU ENTIDAD EN CUANTO A LA GESTION DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?	
¿QUE CONTROLES INTERNOS APLICAN PARA GARANTIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD?	
¿QUE INFORMACION UTILIZA SU ENTIDAD PARA LLEVAR A CABO SU GESTION?	

Algo de lo más importante que nos comentó el Dr. Oscar Hernán Sanclemente es de una norma que existe acerca de cómo debe ser la contratación de dichas ARS y qué requisitos deben cumplir para participar en las diferentes licitaciones y contrataciones que tiene el Fondo Local de Salud.

ENTREVISTA 9

FECHA: 4 de Julio de 2008	ENTIDAD: SELVASALUD
NOMBRE: DIEGO FERNANDO DURAN	
CARGO: Jefe encargado	
¿COMO SE ARTICULA SU ORGANIZACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?	
¿A QUE CONTROLES ESTA SUJETA SU ENTIDAD EN CUANTO A LA GESTION DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD?	
¿QUE CONTROLES INTERNOS APLICAN PARA GARANTIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD?	
¿QUE INFORMACION UTILIZA SU ENTIDAD PARA LLEVAR A CABO SU GESTION?	

El Dr. Diego Fernando Durán dejó claro en la entrevista realizada que la entidad se encarga de administrar unos recursos que son asignados por el Fondo Local de Salud y que se encargan como entidad de acogerse a cada norma emitida por el gobierno y que además cuentan con unos controles internos que les permite funcionar.

ENTREVISTA 10

ENTIDAD: GOBERNACION DEL VALLE DEL CAUCA	
FECHA: 04 de Julio de 2008	NOMBRE: MIRIAM QUICENO
CARGO: Asistente del Área Financiera de la Secretaria de Salud Departamental	
¿Qué controles realizan a las entidades que se encuentran bajo su vigilancia?	
¿Qué informes solicitan a las entidades que se encuentran bajo su control?	
¿Qué procedimientos sustantivos requieren para realizar una auditoría al Régimen Subsidiado en el Fondo Local de Salud?	

La Dra. Miriam Quiceno resaltó en la entrevista que la Secretaria de Salud Departamental se encarga de recolectar la información suministrada por cada fondo local y por cada ARS en los tiempos definidos por dicha entidad y por el gobierno nacional para la presentación de informes.

ENTREVISTA 11

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PALMIRA	
FECHA: 04 de Julio de 2008	NOMBRE: CARLOS PARRA
CARGO: Auditor Medico de la ESE Hospital San Vicente de Paul de Palmira	
¿Cómo se articula el Hospital San Vicente de Paúl en el funcionamiento del Sistema Local de Salud?	
¿A qué controles está sujeta la ESE Hospital San Vicente de Paúl en cuanto a la gestión del Sistema Local de Salud?	
¿Qué controles internos aplican para garantizar los servicios de salud?	
¿Qué información utiliza la ESE Hospital San Vicente de Paúl para llevar a cabo su gestión?	
¿Cuáles son los indicadores esenciales para evaluar el desempeño de la administración en el cumplimiento de los objetivos y metas?	

El Dr. Carlos Parra destacó la existencia de los diferentes niveles de atención que existen en el Departamento y en cual se encuentra ubicado el Hospital San Vicente de Paúl y cuáles son los diferentes controles que se realizan en la entidad así como los indicadores utilizados por ellos para evaluar la gestión de la ESE.

ENTREVISTA 12

ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO DE PALMIRA	
NOMBRE:	FECHA:
PIEDAD AGREDO	11 DE Julio de 2008
CARGO:	
Jefe de la oficina Asesora de Control Interno de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	
¿Cómo se articula el Hospital Raúl Orejuela Bueno en el funcionamiento del Sistema Local de Salud?	
¿A qué controles está sujeta la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno en cuanto a la gestión del Sistema Local de Salud?	
¿Qué controles internos aplican para garantizar los servicios de salud?	
¿Qué información utiliza la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno para llevar a cabo su gestión?	
¿Cuáles son los indicadores esenciales para evaluar el desempeño de la administración en el cumplimiento de los objetivos y metas?	

Lo más importante a destacar en la entrevista con la Dra. Piedad Agredo es la información y seguimiento que se realiza en la elaboración de las auditorías y los plazos que se dan para cumplir con las recomendaciones efectuadas en las mismas y los planes propuestos por la ESE para cubrir los procedimientos del año para la población del Régimen Subsidiado.

RECOMENDACIONES

- ✿ Se recomienda a las entidades del fondo local de salud especialmente a la Secretaria de Salud Municipal conformar un grupo de trabajo el cual ayude a plantear procedimientos que le ayuden a verificar la información suministrada por cada aspirante al beneficio para pertenecer al Régimen Subsidiado sin dejar de lado que la información utilizada como referencia para estos procedimientos debe estar acorde con la actualidad, es decir, si se realiza una convocatoria para asignar estos subsidios y se necesita el Censo, realizar un censo parcial de la población que se encuentra hábil para recibir dicho beneficio.
- ✿ Actualmente la auditoría es un sistema de control, y se encuentra sujeta a una serie de procedimientos los cuales se hacen necesarios en cada área de aplicación lo que no quiere decir que pueda existir una coordinación óptima entre cada entidad del fondo local de salud, se recomendaría realizar una serie de procedimientos especializándose en una área específica para que las entidades que pertenecen al fondo las adopten, por ejemplo se pueden elaborar procedimientos específicos para las ARS, las entidades que ejercen control y vigilancia, las ESE, para evaluar a los usuarios y que de una u otra manera exista una coordinación dentro del fondo aunque no sea a nivel general.
- ✿ Aunque existen diferentes disposiciones legales sobre la legislación de la contratación pública se debe dejar participar a ARS diferentes a las que existen actualmente en el Municipio ya que esto brindaría un aire respecto a la administración de los recursos financieros destinados al régimen subsidiado, en el cual se debe tener en cuenta el tiempo de duración de cada contrato y las prorrogas a las que se puede someter dependiendo de las actividades que se tengan pendientes por cumplir o del desempeño de estas entidades frente a la administración de dichos recursos.
- ✿ Para realizar una Auditoría al fondo local de salud es bueno contar con un equipo de apoyo que se encuentre conformado por personas que manejen la información financiera, la información de administración pública, la parte de auditoría y que adicional a esto conozca los procedimientos y vocabulario técnico para ejercer una buena función, sin dejar de lado que hay personas que deben cumplir con estos requisitos, también debe estar en dicho grupo de apoyo una persona experta en el manejo de programas de información manejados por las entidades que conforman el fondo local de salud del Municipio.

- ✿ Los funcionarios que tienen a su cargo la función de realizar las auditorías realizadas al fondo local de salud deben ser acordes con los datos presentados por las entidades, es decir, la información suministrada por las entidades debe ser adecuada y oportuna para que en el momento de emitir informes hacia las entidades controlantes y vigilantes del fondo sea una información real y se puedan realizar observaciones acordes con la realidad del fondo local de salud.

CONCLUSIONES

- El Fondo Local de Salud se acoge a un gran número de normas emitidas por el gobierno esto se hace con el fin de determinar la forma como deben funcionar dichos fondos y cuales procedimientos deben seguir de forma general , esto es algo muy bueno porque de esta manera se pueden evitar errores y es algo que debe cumplirse a cabalidad teniendo en cuenta que cada entidad tiene a nivel interno sus normas y que a su vez estas entidades utilizan solo la información que requieren de acuerdo a sus necesidades.
- El Fondo Local se encuentra conformado por entidades a nivel Nacional, Regional y Local las cuales se encargan de determinar los controles a nivel general, los informes a presentar, los plazos en los cuales se deben presentar y la forma como se debe actuar frente a situaciones que requieran atención, la participación de dichas entidades es algo bueno en el funcionamiento del fondo local de salud ya que indica una atención e interés por parte del Gobierno a estos fondos.
- Cada entidad que participa en el fondo local de salud es importante porque representa una parte vital en su funcionamiento; como lo hacen los usuarios o beneficiarios del servicio de salud por medio de los Subsidios asignados por dicho fondo; ya que estos son los únicos que pueden presentar de forma coherente las sugerencia, quejas o reclamos acerca de su atención o la eficacia con que son atendidos en las entidades, aunque dichas opiniones no sean confiables en un 100% debido a la posible manejo que les pueden realizar en su forma de pensar a los usuarios.
- La auditoría en salud es una herramienta útil en el funcionamiento del fondo local de salud y por lo tanto se debe aprovechar al máximo su uso así como su empleo en la práctica debe ser de una manera adecuada, teniendo en cuenta las condiciones o disposiciones emitidas por el gobierno para poder ejercerlas en este campo tan importante como es la salud de la población que requiere el subsidio de salud.
- Las herramientas a utilizar para la evaluación de satisfacción de los usuarios en la atención que le brindan las ARS es una buena opción aunque debe pensarse en nuevas formas de evaluar dicho desempeño ya que es bueno cubrir varios frentes de dicha situación porque si se tiene más herramientas se pueden generar nuevas observaciones para contribuir en un buen desempeño en este aspecto.
- Respecto a las fases de la auditoría se debe tener en cuenta que aunque la auditoría es un sistema cada entidad que pertenece o participa en el fondo local de salud realiza controles y auditorías dependiendo de la información que necesite, y por lo tanto es difícil mantener

una coordinación entre cada entidad, en la cual resulta un gran volumen de información que la gran parte del tiempo se vuelve repetitiva, para ello se deben tener en cuenta estos aspectos y evitar viciar la información, guardando la información que pueda ser solicitada más adelante, puesto que una entidad de control puede requerir informes de manera extraordinaria y deben tener la información disponible para el caso de una eventualidad.

- 10. En la segunda etapa de la auditoría que es la planeación se tienen en cuenta múltiples aspectos que son importantes y necesarios para la realización de dicha actividad, siempre se debe tener en cuenta que cada entidad que conforma el fondo local de salud tiene formas de controles generales y específicos que se adaptan a las necesidades de cada una de ellas y que a su vez contribuyen en el desempeño de dicho fondo, en la cual se utilizan herramientas que son importantes, en esta etapa se deben tener presentes los tipos de riesgos de control que existen y cuál es el más indicado para evaluar la auditoría, adicional a esto debe estar presente el plan nacional y local de salud ya que en estos planes se contemplan las actividades a desarrollar durante un determinado tiempo y con unos recursos suministrados por diferentes entidades.
- 10. Después de determinar el tipo de riesgo a aplicar en la auditoría se debe determinar el procedimiento de la auditoría en los cuales se tienen en cuenta el tipo de auditoría a realizar, sin dejar de lado el plan local de salud y las normas que contempla el fondo local de salud para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, las pruebas a realizar de acuerdo al criterio de evaluación que tenga la persona que ejecuta la auditoría, los informes que se pueden solicitar teniendo en cuenta los tiempos de entrega que tienen cada entidad y la forma extraordinaria en que se pueden solicitar dependiendo del nivel de importancia de estos y las demás pruebas o procedimientos que se puedan realizar en la auditoría en salud para tener una mayor cobertura en la ejecución de la misma si es lo que se requiere.
- 10. En la fase final de la auditoría se deben presentar informes finales teniendo en cuenta cada herramienta empleada por las entidades para ejercer sus controles con el fin de llegar a una toma de decisiones adecuada, teniendo en cuenta que cada dato debe ser oportuno, para presentar informes de situaciones reales, donde se hagan sugerencias o recomendaciones que estén acordes con los controles que se llevan a cabo y a la información presentada por cada entidad.
- 10. En la quinta fase que se refiere al control de calidad de los servicios cada entidad debe garantizar el adecuado funcionamiento de los procedimientos realizados y servicios prestados a los usuarios ya que estos últimos son los participantes más importantes en el

funcionamiento del fondo local de salud ya que sin ellos no podría existir un fondo debido a que son los que reciben la atención en salud.

- ⑩ El fondo local de salud a pesar de que se acoge a las disposiciones legales emitidas por el gobierno Central sin dejar de lado a las entidades que ejercen control y vigilancia sobre dicho fondo las cuales emiten una serie de manuales de procedimientos acerca de las actividades llevadas a cabo por cada entidad del fondo se debe tener en cuenta que la información debe ser oportuna para que los informes presentados aporten soluciones a inconvenientes basando en información real, ya que la auditoría como sistema no se puede coordinar puesto que cada entidad sustrae o utiliza la información que le es necesaria para generar informes.
- ⑩ Las entidades que se encargan de ejercer control y vigilancia sobre el fondo local de salud Municipal y que hacen parte del Gobierno Central no son exigentes con las entidades supervisadas en el manejo de los datos a la hora de elaborar informes pues utilizan información que no es oportuna y la utilizan para reflejar la situación actual del fondo, este tipo de situaciones debe corregirse a tiempo y en los plazos estipulados por dichas entidades si son detectados para que se pueda utilizar de forma adecuada y oportuna la información generada por las entidades para la solución de percances y situación que lo ameriten.
- ⑩ En las entrevistas realizadas se pudo observar que la mayoría de los funcionarios entrevistados se encuentran documentados sobre el manejo de la información y que cada entidad lleva sus controles que a su vez le permite presentar resultados frente a las entidades controlantes y vigilantes, aunque hay unas entidades que realizan más controles que otras y deberían revisarse los controles que se llevan actualmente en estas entidades para evaluar si los pocos controles que realizan están resultando efectivos o no teniendo en cuenta el tipo de informe que se va a presentar.
- ⑩ Algo para destacar es la participación del Municipio y la Gobernación por medio de la cobertura de procedimientos que no se encuentran dentro del Subsidio y que pueden ser autorizados por el mismo Municipio y gobernación haciéndolo por medio de glosas las cuales luego de determinado tiempo son pasadas a las entidades a cargo de estas para que sean autorizadas y se financien con los recursos destinados por el gobierno para estos procedimientos, teniendo en cuenta que esto se hace teniendo en cuenta la UPC o unidad de pago por capitación que es una porción o parte de la población beneficiada del Régimen Subsidiado.

- El fondo local de salud debe plantear una forma de comprobar la veracidad de la información suministrada por los aspirantes al subsidio por medio de muestras más amplias u otra clase de procedimientos en los cuales se implique a todos los aspirantes para evitar la asignación innecesaria de subsidios a personas que no cumplen con las condiciones necesarias para pertenecer a este tipo de Régimen.
- Después de realizar la investigación se observó que solo participan actualmente tres ARS en la asignación de contratos para la administración de recursos cosa que debe cambiar ya que se trata de realizar un Licitación por la asignación de dichos contratos pero si siempre están los mismos se crea un Monopolio que con el pasar de los tiempos puede llevar a malos manejos de los recursos por parte de estas entidades por eso se hace necesario la participación de otras ARS distintas a las que existen en el Municipio para que exista una Democracia y evitar malos manejos de información y recursos financieros.
- Posteriormente a la investigación se puede concluir que la participación de una persona en la realización de una Auditoría en Salud es posible siempre y cuando este cumpla con el requisito fundamental de ser un profesional, especializado en el área de la Salud, con experiencia en el manejo de información en el sector público y con práctica en el manejo de información financiera, con el fin de ejercer una función en esta área.

BIBLIOGRAFIA

En la bibliografía se manejaron dos tipos de información una primaria y otra secundaria la cual es la siguiente:

PRIMARIA

- ✿ Encuestas a las personas que puedan contribuir con la investigación
- ✿ Entrevistas a los encargados de la esa información en las ARS, ESE Y SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
- ✿ La observación a las entidades involucradas y los datos e información generada a través de las herramientas utilizadas en la investigación.

SECUNDARIA

- ✿ BAÑON R., CARRILLO E. La nueva administración Pública, Madrid: Editorial Alianza, 1997.
- ✿ GONZALEZ SALAS EDGARD. El laberinto institucional Colombiano 1974-1994: Fundamentos de Administración Pública 1ª Edición. Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de derecho, Ciencias políticas y sociales. Escuela Superior de Administración Pública ESAP- Fescol. Págs.57-137 y 473-512, 534-560. ISBN 958-628-130-2.
- ✿ LARRETA HR, REPETTO F. Herramientas para una administración pública mas eficiente: Gestión por resultados y control, 2000
- ✿ AV. SANCHEZ Carlos Ariel, Naranjo Rodrigo, Rincón Eric. Responsabilidad fiscal y control del gasto Público. Bogotá: centro editorial Universidad del Rosario : 2004
- ✿ LÓPEZ OBREGÓN CLARA. Economía de los derechos
- ✿ MARQUEZ PEREIRA JAIME. Sistema de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social.

- ✿ MEJÍA GARCIA BRAULIO MD-MSP. Auditoria Médica para la garantía de calidad en salud. 4ª edición. Santa fé de Bogotá: Ecoe Ediciones, 2002. ISBN: 958-648-312-6.
- ✿ TORRES MUÑOZ ALICIA. Manual de Metodología de la Investigación. 1ª Edición. Bogotá: Plaza & Janes Editores Colombia Ltda. 1986.
- ✿ Documentos sobre su normatividad y las modificaciones que se le hagan a las normas que involucran la investigación
- ✿ Decreto N° 185 de 25 de Agosto de 2006 por medio del cual se determina la categoría del municipio de Palmira para la vigencia fiscal del año 2007.

ARTÍCULOS DE PRENSA Y REVISTA

- ✿ Artículos de revistas sobre salud
- ✿ Revista Medico Legal.
- ✿ Artículos de prensa nacional y local que hable sobre el tema
- ✿ Diario El Tiempo
- ✿ El País
- ✿ Portafolio

Artículos de Internet sobre auditoria en salud, funcionamiento de la Salud.

- ✿ Médicos generales Colombianos (normas legales) resolución 5261 de 1994
www.medicosgeneralescolombianos.com/normas/res%205261%2094
- ✿ Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. sistema jurídico (normas) ley 100 de 1993 www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248
- ✿ dne Colombia legislación Ley 23 de 1981
www.dnecolombia.gov.co/legisla/8191/ley23de1981.PDF
- ✿ cámara de comercio de Palmira estudios económicos anuario estadístico
www.ccpalmira.org.co/html/sitio/index.php?view=vistas/es_ES/pagina_316.php
<http://200.58.114.2/~roeagl/usuario/usuario.htm>
- ✿ su salud decretos intranet Decreto 1757 de 1994
[http://www.susalud.com.co/decretosIntranet/decretos/1975-1994/Decreto 1757 de 1994.pdf](http://www.susalud.com.co/decretosIntranet/decretos/1975-1994/Decreto_1757_de_1994.pdf)
- ✿ idsn (decretos) Decreto 2174 de 1996 www.idsn.gov.co/decretos/96/DEC021741996.htm
- ✿ Bucaramanga (leyes) Decreto 2150 de 1995
[www.bucaramanga.gov.co/imebu/CONTRATA/leyes/1991-1999/Decreto 2150 de 1995.pdf](http://www.bucaramanga.gov.co/imebu/CONTRATA/leyes/1991-1999/Decreto_2150_de_1995.pdf)
- ✿ Escuela Superior de Administración Pública Territorial Valle del Cauca Administración Pública Boletín Informativo
<http://www.google.com.co/search?hl=es&q=administraci%C3%B3n+p%C3%BAblica&meta=cr%3DcountryCO>
- ✿ Unión Javeriana Corrupción Administrativo Sistema de controles en la legislación nacional
[www.unionjaveriana.org/documentos/Corrup_Admtiva/Libro/sistema de controles.htm](http://www.unionjaveriana.org/documentos/Corrup_Admtiva/Libro/sistema_de_controles.htm)

- ✿ Nexos municipales comunicaciones artículos región El proceso de descentralización en salud: ¿hacia dónde va?
www.nexosmunicipales.org.co/comunicaciones/articulos_region/art12.htm
- ✿ Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. sistema jurídico (normas) Ley 715 de 2001 www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452
- ✿ Gobernación del Departamento del Valle del Cauca www.gobvalle.gov.co

ANEXOS

ANEXO I ENTREVISTAS

En el mes de Diciembre del año 2006 se realizaron varias visitas a la Alcaldía Municipal a los Departamentos de Planeación y la Secretaría de Salud Municipal, en las cuales los encargados suministraron la información necesaria para el anteproyecto.

En el **Departamento de Planeación** se llevó a cabo una entrevista con la Doctora **CLAUDIA FRANCO** con el fin de obtener los datos de la categoría del Municipio, de acuerdo a los ingresos y al número de habitantes para el año 2007; ella suministró una información a fotocopiar acerca de los ingresos públicos del 2003-2005, la población censal de los censos de 1964,1973,1985,1993 y 2005 y el Decreto N° 185 de Agosto 25 de 2006 por medio del cual se determina la categoría del municipio de Palmira para la vigencia fiscal del año 2007.

En la **Secretaría de Salud Municipal** se realizó la entrevista a la Doctora **SORELLY LÓPEZ** quién suministró el numero de ARS que existen en el municipio y el porcentaje de la población que pertenece a cada ARS. También, proporcionó el manual de procedimientos para la elección y asignación de recursos para el Régimen Subsidiado, perteneciente al Fondo Local de Salud, el cuál muestra en detalle los procedimientos a seguir en la elección del personal beneficiado y el cuál se fotocopió.

El día 15 de Febrero del año en curso en horas de la mañana se realizo la entrevista a los Auditores encargados de las Auditorias Municipales (Departamento de Auditoria Integral) donde se logró hablar con la encargada de realizar las Auditorias al Fondo Local La Dra. ONEYDA SANCHEZ ARGAEZ quien dijo que ellos trabajan con el programa audite 3.0 y que junto con este programa se asesoran de un Auditor Médico cuyo apellido es ANAYA, también se logró hablar con el Doctor BERNARDO MARTÍNEZ quien comentó y suministró una nueva norma que existe para los fondos Locales; a su vez se entrevistó al Dr. RICARDO CAICEDO QUINTERO Director Técnico de Control Fiscal y Auditorías Integrales quien sugirió realizar una petición solicitando una copia del último informe de auditoría realizado en el 2007 para analizarlo y emplearlo en el trabajo de investigación.

El día 22 de Mayo del presente año me entreviste con el señor Faustino Barrero funcionario de la secretaria de Salud Pública Municipal de Cali quien me dijo que me podía orientar con las personas a quien debo dirigirme y contestó las preguntas de la entrevista.

1. ¿Qué opinión tiene sobre los controles al sistema de salud en las entidades estatales actualmente?

R/ Los controles al sistema de salud los efectúan la contraloría municipal y Nacional (para el manejo de los recursos financieros); la personería para velar por los derechos de los ciudadanos; la procuraduría (quien vela porque no se violen las leyes y la Gobernación que ejerce control y vigilancia al sistema de salud.

Todas se rigen por medio de un plan de trabajo para después reportarlos a la Nación.

2. ¿Qué herramientas utilizan en la Auditoria en Salud?

R/ En los contratos de prestación de servicios se hacen seguimientos para que se cumplan las clausulas que conllevan dicho contrato, para que la prestación del servicio se realice de acuerdo a como lo solicita o establece el ministerio de la protección social.

En todas las condiciones de P.O.S. se tienen en cuenta el manejo de los recursos, la prestación de servicio y la adecuada administración de los mismos, como por ejemplo se hace auditoria al 100% del valor de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) de los cuales el 8% las EPS las deben destinar a gastos de administración y el 92% restante deben ser destinadas a gastos en salud.

En la parte de salud, se ejercen controles en cuanto a que los programas se estén llevando a cabo y en el caso de presentar falencias se propone un plan de mejoramiento.

3. ¿Existen coordinación con los distintos entes del Sistema de salud en la aplicación de los controles?

R/ No, no existe coordinación entre los entes de control puesto que los informes a rendir son diferentes para cada uno y hacen su respectiva revisión cuando cada uno lo ve necesario.

4. ¿Qué uso realiza la entidad con la información recopilada sobre el funcionamiento del Sistema Local de Salud?

R/ Las políticas que desarrolla el ente territorial- fondo local de salud, tienen que estar en línea directa con las políticas desarrolladas en el plan de desarrollo (Nacional, Departamental y Municipal), en todos los aspectos financieros, de prestación de servicio y atención en salud.

El día 06 de Junio de 2008 se entrevistó a la Doctoro Maribel Ocampo Coordinadora de Promoción y Prevención de Emssanar quien nos respondió unas preguntas acerca de la investigación que se está llevando a cabo actualmente y lo que nos dijo fue lo siguiente.

¿Cómo se articula su organización en el funcionamiento del Sistema Local de Salud?

Emssanar se articula directamente con el funcionamiento del Sistema Local de Salud por medio de unas acciones de la Secretaria de Salud Municipal de carácter colectivas, de educación, de movimiento social de la población y lo relacionado con la promoción y prevención de la salud.

El POS se encuentra fraccionado entre las ARS y el Municipio y el Departamento ya que el Municipio se hace cargo de los procedimientos que no cubren el Subsidio, ya que este cubre solo lo que se refiere al Plan Obligatorio de Salud.

Antes de Emssanar realizar la afiliación de los usuarios la Secretaria de Salud Municipal se encarga de realizar un filtro en el cual se determina la población que se encuentra apta para pertenecer al Régimen Subsidiado, al Contributivo y la población vulnerable que no puede pertenecer a ninguno de estos Regímenes y que en este caso es el Departamento el encargado de subsidiar la Salud de estas personas, esta elección se realiza de acuerdo a una encuesta de tipo socioeconómico realizada en el Municipio, después de esto se determina la población apta para pertenecer al Régimen subsidiado y se realiza una especie de convocatoria o licitación de las ARS que cumple con lo estipulado por el gobierno para asignar los contratos de la población beneficiada con el subsidio y cada ARS se encarga de asignar al vincular al beneficiario a la EPS que elije.

Cuando se le pregunto a la funcionaria acerca de ¿A qué controles está sujeta Emssanar en cuanto a la gestión del Sistema Local de Salud? Respondió lo siguiente:

Emssanar se encuentra sujeta a todos los controles que determine el gobierno Nacional, Departamental y Local y el Máximo ente de control al que están sujetos es la Superintendencia Nacional de Salud que se encarga de controlar, vigilar y sancionar a todas las entidades de salud a nivel Nacional, aunque también deben rendir informes a la secretaria de Salud Municipal, a los

Grupos de interventoría y alimentar el SIAU que es el Sistema de información y Atención del Usuario; a la Secretaría de Salud Municipal se presentan informes de los procedimientos utilizados en la ARS y lo relacionado con informes de patología y mortandad entre otros mientras que a la Supersalud se reporta toda la información desde los procedimientos hasta lo financiero según lo decretado por el gobierno y en los tiempos estimados o en alguna eventualidad según sea reportado por el entre vigilante.

El Ministerio de Protección Social se encarga de emitir normas y servicios para cubrir los protocolos de la calidad del Servicio de Salud; mientras que el Concejo Nacional de Seguridad Social es el encargado de obligar a las entidades de Salud a cubrir los servicios, además, de estos entes la Secretaría de Salud Departamental se encarga de dar un apoyo y soporte técnico en la interventoría de los contratos.

A la tercera pregunta acerca de ¿Qué controles internos aplican para llevar a cabo su gestión? La funcionaria respondió de la siguiente manera:

En Emsanar existen varias áreas encargadas de verificar, vigilar y controlar los procedimientos y realizar diferentes actividades relacionadas con el gasto, la planeación y la calidad del servicio entre las diferentes áreas que existen esta Control Interno que se encarga de Verificar los procedimientos y procesos internos de la organización. Auditoría del Servicio de Salud es la encargado de regular el gasto esto lo realiza de forma conjunta con el área financiera, donde se encargan de discriminar las glosas que tiene la entidad que son los servicios que no cubre el POS y que debe cubrir el Municipio y la UPC; Planeación y calidad se encargan de liderar las proyecciones y procedimientos internos para garantizar un buen funcionamiento.

Al preguntar por ¿Qué información utiliza su entidad para llevar a cabo su gestión? Respondió lo siguiente:

Se tienen en cuenta varios programas que utilizan las diferentes áreas de la entidad, además, de esto se tienen en cuenta los procesos, los sistemas de información el programa Audita que contiene la información de todas la IPS, analiza la información y reporta las glosas y los costos en que incurrió la entidad en la atención de los beneficiarios del servicio, el departamento de desarrollo se encarga de actualizar la información, el SIAU es el programa que se utiliza para las autorizaciones de procedimientos y realiza estadísticas, el departamento de contabilidad y finanzas utiliza el programa 1 interpray o 1E y con esta información realizar los informes que requiere el Municipio y el Departamento a quienes reportan cada tres meses, al ministerio de Protección Social y a la Supersalud de acuerdo a lo pactado en la norma o en caso de eventualidades también se realizan.

El día 13 de Junio del presente año se entrevisto al Dr. OSCAR HERNAN SANCLEMENTE jefe del área financiera de CAPRECOM regional Valle del Cauca quien contestó las siguientes preguntas:

¿Cómo se articula su organización en el funcionamiento del Sistema Local de Salud?

CAPRECOM es una entidad que regula los servicios de salud, es decir se encarga de vigilar que los servicios que están en el POS se presten al usuario y los servicios que no los cubre el POS los autoriza o envía a los usuarios a la secretaria de salud Municipal o Gobernación para que estas entidades cubran dichos servicios, ya que el Municipio y la Gobernación cuentan con recursos del FOSIGA, Sistema General de Participaciones y adicionalmente cuenta con recursos propios.

El Fondo Local de Salud se encarga de regular los centros de salud y las ARS administran los recursos de la población asignada por ejemplo si a CAPRECOM le asignaran una población de 15.000 habitantes ellos administrarían los recursos de esta población y se encargarán de contratar los servicios de las EPS y garantizan que cumplan con la promoción y prevención de las enfermedades que consideran son delicadas y los servicios de salud determinando el nivel de atención con que cuentan ya que en Palmira solo existe el Nivel uno y dos de atención en los hospitales Raúl Orejuela Bueno de nivel uno y el Hospital San Vicente de Paul de nivel dos y los hospitales de nivel tres y cuatro que se encuentran en Cali como el HUV y el Hospital San Juan de Dios.

¿A qué controles está sujeta CAPRECOM en cuanto a la gestión del Sistema Local de Salud?

el fondo local de salud en el momento de contratar las ARS asigna un interventor inter administrativo de contratos quien se encarga de ejercer control y verificar que se cumplan los planes, proyectos y programas que realiza la secretaria municipal para que sean ejecutados por las ARS y además de este control también deben regirse por las normas emitidas por el Ministerio de Protección Social, quien se encarga de dictaminar los lineamientos de la UPC (Unidad de Capitalización) la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República.

CAPRECOM se rige además de los controles ya mencionados por la Ley o Decreto 1122 del 2007 que se refiere a la forma de contratación con cada ente territorial.

¿Qué controles internos aplican para llevar a cabo su gestión?

CAPRECOM aplica varios controles a nivel interno que les permite verificar que se ha cumplido de lo planeado y que falta por cumplir y como solucionar los inconvenientes uno de ellos es el Sub comité de Control Interno en el cual se realiza una Autoevaluación donde revisan los planes que tienen para el año y que se ha cumplido y que no. Otra herramienta que les sirve para ejercer control en la entidad es una Matriz en la cual se tienen en cuenta las metas y los tiempos y se justifica cada meta cumplida y sin cumplir y las correcciones que se deban hacer se proponen para siempre estar al día y poder brindar un buen servicio.

¿Qué información utiliza su entidad para llevar a cabo su gestión?

Para ejercer Gestión en CAPRECOM se tienen en cuenta la información contable y financiera los RIPS que son de vital importancia porque determinan las enfermedades graves e importantes para la ARS, además, se tiene en cuenta el gasto versus las enfermedades, también se utilizan las Matrices que se elaboran en la entidad y que muestran gestión, además de otras herramientas que son importantes para su gestión.

El día 04 de Julio en horas de la mañana se realizó la entrevista al Dr. Diego Fernando Durán funcionario de SELVASALUD a quien se le realizó el cuestionario planteado y dijo lo siguiente:

¿Cómo se articula SELVASALUD en el funcionamiento del Sistema Local de Salud?

SELVASALUD como entidad se articula en el funcionamiento del sistema local de salud en los Planes de Desarrollo, en los cuales se toma como referencia los programas epidemiológicos del Municipio para realizar los programas y adicional a esto se encarga de administrar los recursos financieros destinados para la población asignada y contratar una red de servicios que incluye servicios de salud de Hospitales de primer, segundo y tercer nivel.

¿A qué controles está sujeta SELVASALUD en cuanto a la gestión del Sistema Local de Salud?

SELVASALUD como ARS se encuentra sujeta a varios controles como las interventoría Municipales, La Contraloría Municipal quien se encarga de verificar si se cumple o no con el contrato que se inicio y que los recursos financieros se hayan destinado a lo pactado en dichos contratos, por otro lado la interventoría Departamental realiza un inventario de los recursos que tiene SELVASALUD para cada contrato.

¿Qué controles internos aplican para garantizar los servicios de salud?

Los controles internos que tiene SELVASALUD son los siguientes: un Comité Técnico de Control de Calidad que lo conforma un Auditor Médico, una enfermera Profesional (Enfermera Jefe) 2 dos usuarios miembros del Comité de usuarios, el Departamento de SIAU que son las Quejas y Reclamos de los usuarios.

¿Qué información utiliza SELVASALUD para llevar a cabo su gestión?

Se manejan consolidados de toda la información suministrada por los diferentes departamentos participantes y se clasifica la información en factores de riesgo Alto, Medio y Bajo para corregir y seguir con lo planteado inicialmente en los planes de trabajo.

El día 04 de Julio en horas de la tarde se entrevisto al Dra. Miriam Quiceno funcionaria de la Secretaria de Salud Departamental quien contestó las siguientes preguntas acerca del Fondo Local de Salud:

¿Qué controles realizan a las entidades que se encuentran bajo su vigilancia?

Los controles que se realizan a las entidades que se encuentran bajo nuestra supervisión les realizamos los controles determinados por el gobierno Nacional, adicional a esto se tiene en cuenta el Art. 89 de la ley 715 de 2001, el control fiscal correspondiente y las demás normas que sean expedidas sobre este tema, procurando que todas las actividades, operaciones y actuaciones así como la actuación de la administración de los recursos se realice de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de los planes y programas trazados por el Municipio en la atención de metas u objetivos previstos.

También realizamos un control presupuestal y contable interno y externo, interno porque como entidad territorial debemos garantizar el seguimiento y evaluación de las entidades supervisadas y determinar si a nivel presupuestal son eficientes, eficaces y económicos y los demás aspectos financieros que se tienen en cuenta. A nivel contable y presupuestal el control externo que se realiza es de varios tipos y propósitos y va desde el control fiscal hasta el control ejercido por cualquier ciudadano llamado control social, sin olvidar que también se realiza un control llamado control político en el cual se evalúa la gestión del Alcalde Municipal.

¿Qué informes solicitan a las entidades que se encuentran bajo su control?

Los fondos locales de salud deben reportar a la Gobernación Departamental una serie de información relevante para el funcionamiento de los mismos como es la creación o ajuste que se efectúan a los fondos y a su vez reporta la Gobernación en un consolidado al Ministerio de

Protección Social teniendo en cuenta la instrucciones que este determine, con ello debe ir un análisis financiero del Fondo Local en el cual se especifican las razones o indicadores financieros.

Algo importante que se debe tener presente es la rendición de informes de gestión trimestralmente y en medios magnéticos donde se pueda verificar el cumplimiento de lo dispuesto por el Ministerio de Protección Social en la Dirección General de Gestión de la Demanda del Ministerio.

¿Qué procedimientos sustantivos requieren para realizar una auditoría al Régimen Subsidiado en el Fondo Local de Salud?

La Secretaria Departamental de Salud tiene en cuenta dos tipos de procedimientos sustantivos para realizar una auditoría al Fondo Local de Salud uno de ellos es el subproceso administrativo presupuestal que contiene lo siguiente; una presentación de la estructura del presupuesto, la definición de cuentas del presupuesto de ingresos, la definición de cuentas del gasto, la preparación y elaboración del presupuesto, la formulación del PAC, la ejecución del presupuesto y las modificaciones e este. El subprocesos de la administración contable contiene los siguiente; el ajuste al catalogo de cuentas contables, el tratamiento de las operaciones relacionadas con los recursos del Sector Salud en las entidades territoriales, la ejecución de los recursos y la presentación y elaboración de formatos de los estados contables. Cuando se tiene esto se procede con la auditoria otra información que se tiene presente para una auditoria son los RIPS, los informes de morbilidad y los informes epidemiológicos.

El día 8 de Julio en horas de la tarde se entrevisto al Dr. Carlos Parra Auditor Médico de la ESE Hospital San Vicente de Paúl quien muy cordialmente contestó las siguientes preguntas:

¿Cómo se articula el Hospital San Vicente de Paúl en el funcionamiento del Sistema Local de Salud?

En la parte de atención en salud la ESE se clasifica en lo siguiente la Referencia que es cuando se remite un paciente a otro hospital y en la contra referencia que es cuando se remite un paciente a su sitio de atención de origen, teniendo en cuenta que las ESE se clasifican en cuatro niveles de atención.

La ESE de Nivel I se encarga de atender la población de las ARS; Nivel II lo tiene el Hospital Local; el Nivel III es de capitación y su modalidad es por contratación; el Nivel IV de atención es por evento y también se maneja por contratación.

En el Municipio existen dos poblaciones la que pertenece a las ARS y la población Sisbenizada, as u vez para cumplir las metas y llevar a cabo los planes de Promoción y Prevención se tiene en cuenta el perfil poblacional y el perfil epidemiológico; el perfil poblacional consiste en edad y sexo y el perfil epidemiológico tiene en cuenta las enfermedades que se reportan en los RIPS que son una parte importante para esto.

¿A qué controles está sujeta la ESE Hospital San Vicente de Paúl en cuanto a la gestión del Sistema Local de Salud?

La ESE está sujeta a diversos controles los cuales son la Contraloría, la Revisoría Fiscal, la Personería, Auditoría, la Secretaría de Salud Departamental y Municipal se encargan de ejercer control sobre la Institución, además, de este existe el departamento de Auditoría e Interventoría, el PAMEC que es el Plan de Auditoría para el mejoramiento en la calidad y a las EPS se les realiza una Auditoría de calidad y cuentas.

¿Qué controles internos aplican para garantizar los servicios de salud?

La ESE aplica unos controles internos para garantizar los servicios de salud como el PAMEC que son unos estándares en la cual se plasman los planes de ejecución, mejoramiento y seguimiento que se presentan a la gerencia y a su vez da un panorama dentro de la institución.

¿Qué información utiliza la ESE Hospital San Vicente de Paúl para llevar a cabo su gestión?

La ESE utiliza una gran variedad de información entre la cual se encuentra la información enviada por la Secretaría de Salud Municipal acerca de la planeación de las actividades por ejecutar, adicional a esto se cuenta con la documentación que se refiere a la atención, diagnósticos, cirugías, hospitalización, facturación y glosas y al finalizar cada mes se recopila dicha información.

¿Cuáles son los indicadores esenciales para evaluar el desempeño de la administración en el cumplimiento de los objetivos y metas?

Entre los indicadores que se tienen en cuenta para evaluar el desempeño de la administración en el cumplimiento de los objetivos y metas se encuentran los siguientes:

Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica General ambulatoria en consulta programada; Oportunidad en la atención en consulta especializada de consulta programada de Medicina Interna; Oportunidad en la atención en consulta especializada de consulta programada de Ginecoobstetricia; Oportunidad en la atención en consulta especializada de consulta programada de Pediatría; Oportunidad en la atención en consulta especializada de consulta programada de Cirugía General; Proporción de cancelación de cirugía programada; Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias por medico general; Oportunidad en la realización de

cirugía programada; Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados; Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (pacientes hospitalizados); Proporción de vigilancia de Eventos adversos; Satisfacción Global; Tasa de Infección intrahospitalaria; entre otros.

El día 11 de Julio en horas de la mañana se entrevistó a la Dra. Piedad Agredo encargada de la Oficina Asesora de control Interno de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno quien nos respondió las siguientes preguntas:

¿Cómo se articula el Hospital Raúl Orejuela Bueno en el funcionamiento del Sistema Local de Salud?

La ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno hace parte del nivel i de atención del Municipio que se encarga de atender la consulta externa, urgencias, Promoción y Prevención y las cirugías pequeñas, esto en un área de influencia, aparte de esto la ESE cumple con los requisitos de ley para funcionar y para hacer parte de la red hospitalaria del Municipio junto con la ESE del Hospital San Vicente de Paúl. Además, de esto se cumple con unas directrices establecidas por el Plan de Desarrollo de Salud Local que lo elabora la Secretaria de Salud Municipal en equipo con los hospitales haciendo parte de la red hospitalaria mencionada anteriormente.

¿A qué controles está sujeta la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno en cuanto a la gestión del Sistema Local de Salud?

La ESE se encuentra sujeta a controles de diferentes entidades de salud entre las que se encuentran el Ministerio de Protección social, la Superintendencia de Salud, la contraloría, la Contraloría General de la Nación, la Contaduría General de la Nación y toda la normatividad y resoluciones expedidas por el gobierno nacional, regional o local.

¿Qué controles internos aplican para garantizar los servicios de salud?

La ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno se rige a nivel de control interno por la norma técnica de control para la gestión pública del Sistema de Gestión de calidad NTCGP 1000-2004, adicional a esto la oficina de control interno realiza diferentes tipos de auditoría, es decir auditorías internas a los procedimientos y eventos realizados por la ESE en las campañas de PYP, y otras áreas de este hospital, al final de dicha auditorias se realiza un informe el cual es entregado al responsable del proceso y en caso de ser solicitado se entrega al Gerente y a los directivos administrativos, a las auditorías realizadas se les realiza un seguimiento y en el caso de encontrar hallazgos se realizan planes de mejoramiento que se le entregan al jefe de proceso y se le da un plazo de seis meses para cumplir con lo especificado en el informe.

¿Qué información utiliza la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno para llevar a cabo su gestión?

En cuanto a la información que utiliza la ESE para llevar a cabo la gestión está la normatividad y las Resoluciones expedidas por el Ministerio de Protección Social, la Contaduría General de la Nación, la Supersalud a quien se le presentan informes trimestrales del funcionamiento de la entidad, la contraloría se encarga de realizar auditorías fiscales la cual tiene en cuenta el principio de causación, y los indicadores que están planteados en el plan estratégico, funcional y operativo que van acordes con el Plan de Desarrollo Municipal y Nacional.

¿Cuáles son los indicadores esenciales para evaluar el desempeño de la administración en el cumplimiento de los objetivos y metas?

La ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno maneja varios tipos de indicadores para evaluar el desempeño de la administración en el cumplimiento de las metas y los objetivos los cuales son: los indicadores de calidad, de disponibilidad, de cobertura, de cumplimiento, de eficacia, de tipo financiero y de uso.

(Enero 9)

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º: Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

CAPITULO II

DE LA DIRECCIÓN Y REGULACION

Artículo 2º. Evaluación por Resultados. El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien éste designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la Ley.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la

atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

Artículo 3º. Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza. Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud CRES.

Parágrafo: Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4º. Composición. La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. El Ministro de la Protección Social quien la preside, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público quien, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
3. Cinco Comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Parágrafo: Las ternas serán elaboradas por las anteriores organizaciones, a partir de una lista de elegibles conformada mediante concurso público de méritos para todas las profesiones que incluyan examen de antecedentes laborales, examen de conocimientos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su experiencia y entrevista conforme lo señale el reglamento.

Artículo 5º: Comisionados expertos. Los comisionados expertos de la Comisión de Regulación en Salud serán de dedicación exclusiva.

Los anteriores comisionados ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

Parágrafo 1º. Los comisionados estarán sujetos al siguiente régimen de inhabilidades e incompatibilidades:

Los comisionados no podrán tener directa o a través de terceros ningún vínculo contractual o comercial con entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y productoras o comercializadores mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

No podrán ser comisionados aquellas personas cuyo cónyuge o compañero (a) permanente, o sus parientes en el tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, sean representantes legales, miembros de junta directiva o accionistas o propietarios de entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas productoras o comercializadoras mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

Parágrafo 2º. Los expertos deberán ser profesionales mínimo con título de maestría o su equivalente, cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en su respectiva área no menor de 10 años.

Parágrafo transitorio. Los comisionados expertos y seleccionados en la primera integración de la CRES, tendrán los siguientes periodos: un Comisionado tendrá un período de un (1) año, dos de dos (2) años y dos de tres (3) años. Al vencimiento del período de cada uno de estos expertos, el Presidente de la República designará el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6º. Secretaría Técnica. La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, que apoyará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. El Secretario Técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación en Salud.

Artículo 7º: Funciones. La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente Ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
4. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.

5. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3° del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.

6. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

7. Establecer y actualizar un Sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.

8. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.

9. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.

10. Adoptar su propio reglamento.

11. Las demás que le sean asignadas por Ley.

Parágrafo 1. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos.

Parágrafo 2. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 8º: Financiación de la Comisión de Regulación en Salud. La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del FOSYGA incluyendo la remuneración de los Comisionados, la secretaria técnica y los costos de los estudios técnicos necesarios. Dichos estudios serán definidos y contratados por la Comisión.

CAPITULO III

DEL FINANCIAMIENTO

Artículo 9º. Financiación: El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las sub-cuentas de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas sub.-cuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS's).

Artículo 10. º: Modifícase el inciso primero del artículo 204 de la ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 204. Monto y distribución de las cotizaciones. La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero (1) de enero del año **2007**, del **12,5%** del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del **8.5%** y a cargo del empleado del 4%. **Uno punto cinco (1,5)** de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en **cero punto cinco por ciento (0,5%)**, a cargo del empleador, que será destinado a la sub-cuenta de solidaridad para completar el **uno punto cinco** a los que hace referencia el presente artículo. El **cero punto cinco por ciento (0,5%)** adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la ley 797 de 2003, el cual **sólo** será incrementado por el Gobierno Nacional en **cero punto cinco por ciento (0,5%)**.

Artículo 11º: Modifícase el artículo 214 de la ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214: Recursos del Régimen subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1) De las entidades territoriales.

a. Los recursos del Sistema General de Participaciones en salud – SGP.S que se destinarán previo concepto del CONPES, y en una forma progresiva al régimen subsidiado en salud: en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno

Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública.

b. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.

c. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el **25%** a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si éste es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial. Para los años 2007 y 2008 se mantendrá en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006.

d. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

e. Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por Ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

2) Del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

a. Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.

b. El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley.

c. El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

3) Otros.

a. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

- b. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.
- c. El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.
- d. Los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos con criterio de equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

Artículo 12°. Pago de Deudas al régimen subsidiado. Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004, que hayan sido registradas en los estados financieros de las ARS a diciembre de 2005. Si las ARS (a partir de esta ley EPS del régimen subsidiado) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas pendientes con el régimen subsidiado.

Artículo 13°. Flujo y Protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

- a. El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al FOSYGA.
- b. Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas

maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2 de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

c. Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario.

d. Las Entidades Promotoras de Salud **EPS** de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en el caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

e. Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será

reglamentado por el Gobierno Nacional, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

f. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

Parágrafo 1º: El Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2º. Los giros correspondientes al Sistema General de Participaciones para salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del Sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también se deben aplicar a las EPS que manejan el régimen contributivo.

Parágrafo 3º. El Gobierno Nacional, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4º. El Ministerio de la Protección Social ejercerá las funciones propias del consejo de administración del FOSYGA.

Parágrafo 5º. Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente Ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

Parágrafo 6º. Cuando las IPS no paguen oportunamente a los profesionales que les prestan sus servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras, de acuerdo con la reglamentación que, para ello expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley.

CAPITULO IV

DEL ASEGURAMIENTO

Artículo 14º. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la

articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.(EPS'S). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

A partir de la vigencia de la presente Ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

a. Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente Ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN.

b. La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del SISBEN y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del SISBEN. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social.

c. Los beneficiarios del nivel III del SISBEN que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios.

d. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del SISBEN pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S.

e. La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo.

f. El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.

La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE's no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE's se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección social o en quien éste delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad.

g. No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo remplace.

h. No habrá períodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los periodos de carencia.

i. La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente periodo de traslado. El Gobierno Nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta.

j. En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el FOSYGA haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud.

k. Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo segundo de la presente Ley.

l. Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos.

m. La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.

Artículo 15º: Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto

en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Dese un período de transición de un (1) año para aquellas EPS que sobrepasen el 30% de que trata el presente artículo para que se ajusten a este porcentaje.

Parágrafo. Las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público.

Artículo 16º: Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.

Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el **sesenta por ciento (60%)**. Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESEs escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Artículo 17º: Liquidación de contratos en el régimen subsidiado. Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social

reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Artículo 18º. Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios. Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral. Para los demás contratos y tipos de ingresos el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas, la región de operación, la estabilidad y estacionalidad del ingreso.

Parágrafo. Cuando el contratista pueda probar que ya está cotizando sobre el tope máximo de cotización, no le será aplicable lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 19º: Aseguramiento del Alto Costo. Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional.

Artículo 20º. Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Artículo 21º: Movilidad entre Regímenes. Con el ánimo de lograr la permanencia en el Sistema, los afiliados al régimen subsidiado que ingresen al régimen contributivo deberán informar tal

circunstancia a la entidad territorial para que proceda a suspender su afiliación la cual se mantendrá por un año, termino dentro del cual podrá reactivarla.

Artículo 22º: Del subsidio a la cotización: Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado al régimen contributivo dos (2) años dentro de los últimos cuatro (4) años, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El Subsidio a la cotización, una vez sea definido por la Comisión de Regulación en Salud, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

Artículo 23º: Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

Artículo 24º. Afiliación de las entidades públicas al Sistema General de Riesgos Profesionales. A partir de la vigencia de la presente ley todas las entidades públicas del orden nacional, departamental, distrital ó municipal podrán contratar directamente con la administradora de riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales, de no ser así, deberán seleccionar su administradora de riesgos profesionales mediante concurso público, al cual se invitará obligatoriamente por lo menos a una administradora de riesgos profesionales de naturaleza pública. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a los regímenes de excepción previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

CAPITULO V

DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 25º: De la Regulación en la prestación de servicios de salud. Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:

- a. Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales.
- b. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
- c. El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas.
- d. Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

Parágrafo 1. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.

Parágrafo 2. Autorízase al Ministerio de la Protección Social para certificar, previo el lleno de los requisitos, a los municipios capitales de departamentos, que a la entrada en vigencia de la

presente ley, no hayan sido certificados para el manejo autónomo de los recursos destinados a la salud.

Parágrafo 3. El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente.

Artículo 26º. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE's) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

Parágrafo 1º. Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE's no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Parágrafo 2º. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los Departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

Artículo 27º: Regulación de las Empresas Sociales del Estado. El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

a. Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia.

b. La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian.

c. Las condiciones y requisitos para que la Nación y las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE's), recursos cuando por las condiciones del mercado las ESE's, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles.

d. Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso éstas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Parágrafo 1º. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2º. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3º. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, nombramiento, evaluación y remoción de gerentes, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo 4. Para los Departamentos nuevos creados por la Constitución de 1991 en su artículo 309, que presenten condiciones especiales, y el Departamento del Caquetá, el Ministerio de la Protección Social reglamentará en los seis meses siguientes a la expedición de esta Ley, la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina.

La Contratación de servicios de Salud para las Empresas Sociales del Estado de estos Departamentos se realizará preferiblemente con las EPS públicas administradoras del régimen subsidiado, las cuales se fortalecerán institucionalmente.

Artículo 28º. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante concurso de méritos que deberá realizarse dentro de los tres meses, contados desde el inicio del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección de la cual, el nominador, según estatutos, tendrá que nombrar el respectivo Gerente.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

En caso de vacancia absoluta del gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará al vencimiento del período institucional. Cuando la vacancia se produzca a menos de doce meses de terminar el respectivo periodo, el Presidente de la República o el jefe de la administración Territorial a la que pertenece la ESE, designará gerente.

Parágrafo Transitorio. Los Gerentes de las ESE's de los niveles Departamental, Distrital y Municipal cuyo período de tres años termina el 31 de diciembre de 2006 o durante el año 2007 continuarán ejerciendo el cargo hasta el 31 de marzo de 2008.

Los gerentes de las ESE's nacionales que sean elegidos por concurso de méritos o reelegidos hasta el 31 de diciembre de 2007, culminarán su periodo el 6 de noviembre de 2010. Cuando se produzcan cambios de gerente durante este periodo, su nombramiento no podrá superar el 6 de noviembre de 2010 y estarán sujetos al cumplimiento de los reglamentos que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Para el caso de los gerentes de las ESE's Departamentales, Distritales o Municipales que a la vigencia de la presente Ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados o reelegidos, quienes los reemplacen para la culminación del período de cuatro años determinado en esta Ley, serán nombrados por concurso de méritos por un periodo que culminará el 31 de marzo de 2012. Todos los gerentes de las ESE's departamentales, distritales o municipales iniciarán periodos iguales el 1º de abril de 2012 y todos los gerentes de las ESE's nacionales iniciarán periodos iguales el 7 de noviembre de 2010.

Artículo 29º. Del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado. En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Parágrafo. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional

y el ente territorial Departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

Artículo 30º. Del fortalecimiento de Asociaciones y/o Cooperativas de las ESES. El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverán la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESEs, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala, calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia.

Artículo 31º. Prohibición en la prestación de servicios de salud: En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales

CAPITULO VI

SALUD PÚBLICA

Artículo 32º. De la salud Pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Artículo 33º: Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio.

b. Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de éstos en los distintos niveles educativos.

c. Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras.

d. El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS's.

e. Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.

f. Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana.

g. Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.

h. Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica

i. Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.

j. El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización

k. El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

l. El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

Parágrafo 1º. El Estado garantizará, que los programas de televisión en la franja infantil, incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2º. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas

que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo. El Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Parágrafo 4°. El Instituto Nacional de Salud se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el decreto 272 de 2004 las siguientes:

- a. Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de Protección Social para la toma de decisiones para el Plan Nacional de Salud.

Artículo 34º. Supervisión en algunas áreas de Salud Pública. Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

- a. La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos.
- b. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados así como del transporte asociado a estas actividades.
- c. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control en la inocuidad en la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, sin perjuicio de las competencias que por ley le corresponden al Instituto Colombiano Agropecuario, ICA. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte asociado a dichas actividades. Exceptúese del presente literal al departamento archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por tener régimen especial.
- d. La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades

territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Los establecimientos farmacéuticos minoristas se ajustarán a las siguientes definiciones: Farmacia-Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la elaboración de preparaciones magistrales y a la venta al detal de medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, dispositivos médicos, suplementos dietarios, cosméticos, productos de tocador, higiénicos y productos que no produzcan contaminación o pongan en riesgo la salud de los usuarios. Estos productos deben estar ubicados en estantería independiente y separada. En cuanto a la recepción y almacenamiento, dispensación, transporte y comercialización de medicamentos y dispositivos médicos, se someterán a la normatividad vigente, en la materia.

Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la venta al detal de productos enunciadados y con los mismos requisitos contemplados para Farmacia-Droguería, a excepción de la elaboración de preparaciones magistrales.

Parágrafo. El INVIMA, podrá delegar algunas de estas funciones de común acuerdo con las entidades territoriales.

CAPITULO VII

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 35º: Definiciones. Para efectos del presente capítulo de la Ley, se adoptan las siguientes definiciones:

A.- Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B.- Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.

C.- Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

ARTÍCULO 36º: Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Créase el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al INVIMA.

ARTÍCULO 37º. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1.- Financiamiento.- Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

2. Aseguramiento.- Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

3. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

4.- Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que

le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

ARTÍCULO 38º. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre éstos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la ley 640 de 2001.

Artículo 39º.- Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, **además de los señalados en otras disposiciones**, los siguientes objetivos:

a. **Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.

c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.

d. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al **servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases** de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.

e. **Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.**

f. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.

g. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

h. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.

Artículo 40º. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

a. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la ley 100 de 1993.

b. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios.

c. Con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, señalará los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia.

d. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

e. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

f. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

g. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.

h. Vigilar que las Instituciones aseguradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente Ley.

i. Autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

j. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos

Parágrafo. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Artículo 41º. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

b. Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

c. Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

d. Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre éstos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la ley 446 de 1998.

Artículo 42º. Defensor del Usuario en salud. Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo - cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 43º: Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta Ecat. De los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantía, (FOSYGA), acumulados a diciembre 31 de 2005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000.00) por servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.

Los recursos se distribuirán entre las entidades territoriales y/o en la red pública hospitalaria, de acuerdo con los criterios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 44º: De la información en el Sistema General de Seguridad Social. En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la

Protección Social –SISPRO-, este Plan será enviado al Congreso Nacional. Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:

a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA- y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de las Entidades Territoriales.

b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2º de la presente Ley.

Parágrafo 1º. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud – EPS - garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el FOSYGA, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Parágrafo 2º. La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS- serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

Artículo 45º: Régimen de contratación de EPS Públicas: Las Empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado

Artículo 46º: Vigencia y Derogatorias. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

Dada en Bogotá, D.C. a los 09 días del mes de Enero del año 2007.

(Original firmado por)

EL MINISTRO DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO

ALBERTO CARRASQUILLA BARRERA

(Original firmado por)

EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

DIEGO PALACIO BETANCOURTH.

RESOLUCION NUMERO 3042 DE 2007

(Agosto 31)

Por la cual se reglamenta la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por los artículos 173 numeral 3 de la Ley 100 de 1993, 2º numeral 15 del Decreto Ley 205 de 2003 y 13 literal b, de la Ley 1122 de 2007, **RESUELVE:**

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.- La presente resolución tiene por objeto determinar la organización, funcionamiento, estructura, administración y manejo de los fondos de salud de los departamentos, distritos y municipios, y fijar las condiciones de la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los fondos de salud, de conformidad con el literal b del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, la cual será de obligatorio cumplimiento por parte de todas las entidades territoriales.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN.- Los fondos de salud departamentales, distritales, y municipales, según el caso, constituyen una cuenta especial del presupuesto de la respectiva entidad territorial, sin personería jurídica ni planta de personal, para la administración y manejo de los recursos del sector, separada de las demás rentas de la entidad territorial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente, de conformidad con lo previsto en la Ley y en la presente Resolución. En ningún caso, los recursos destinados a salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial, ni entre las diferentes subcuentas del fondo. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que, en tal sentido, expida la Contaduría General de la Nación conforme a los conceptos de ingreso y gasto definidos en la presente Resolución.

PARÁGRAFO. Lo previsto en el presente artículo también aplicará en el caso de las entidades territoriales cuyas direcciones de salud se organicen como entidades descentralizadas con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, y se haya delegado la administración y ordenación del gasto de los recursos del Fondo en el director de salud. Cuando las entidades territoriales efectúen transferencias de los recursos del Fondo de Salud al presupuesto de la Dirección de Salud, ésta deberá respetar el manejo de los recursos de sus respectivas subcuentas conservando la estructura presupuestal del fondo de salud al interior de su presupuesto.

ARTÍCULO 3. ADMINISTRACIÓN Y ORDENACIÓN DEL GASTO.- La administración y ordenación del gasto de los fondos de salud corresponde al jefe de la respectiva entidad territorial quien podrá

delegar en el director territorial de salud esta atribución de conformidad con las disposiciones presupuestales y del estatuto general de contratación pública vigente. Para tales efectos, en cumplimiento de las disposiciones que rigen la materia, cumplirán las siguientes funciones:

1. Garantizar la administración y utilización de los recursos destinados a la salud de conformidad con las competencias establecidas por la ley para las entidades territoriales en el sector salud.
2. Programar, elaborar y presentar el anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Fondo de Salud para su incorporación en el de la entidad territorial, en coordinación con las dependencias señaladas en la ley y en el marco de lo establecido en el régimen presupuestal de la respectiva entidad territorial, articulándolo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, Plan Financiero, Plan Operativo Anual de Inversiones, y el Plan Anual Mensualizado de Caja.
3. Preparar y presentar para la aprobación de la autoridad competente, o expedir los actos administrativos, según el caso, para la ejecución presupuestal de los recursos del fondo.
4. Pagar de manera oportuna y adecuada las obligaciones que se hayan contraído con cargo a los recursos del fondo de salud, debidamente autorizados en el presupuesto y en el programa anual mensualizado de caja.
5. Rendir los informes financieros al Ministerio de la Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Contaduría General de la Nación, a la entidad territorial respectiva, a los organismos de control, y los que sean requeridos por autoridad competente, cuando éstos se soliciten o cuando así lo establezcan las disposiciones vigentes.
6. Gestionar el eficiente y oportuno recaudo al fondo de salud, de la totalidad de los recursos del sector salud administrados por la respectiva entidad territorial.
7. Cumplir las disposiciones referentes al flujo de los recursos del sector salud.
8. Adoptar las medidas necesarias para proteger los recursos administrados de cualquier riesgo de pérdida, a través de la constitución de pólizas de seguro u otro medio, para garantizar la liquidez necesaria.
9. Constituir y registrar las cuentas maestras para el manejo de los recursos del sector en entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables.
10. Administrar los excedentes de liquidez y los rendimientos financieros de los recursos del fondo, acorde con los criterios de eficiencia y oportunidad establecidos en el Decreto Ley 1281 de 2002 y demás normas reglamentarias que rigen sobre la materia, incorporándolos en el presupuesto y ejecutándolos con la misma destinación que los originó.
11. Las demás relacionadas con la adecuada, oportuna y eficiente utilización de los recursos del sector salud administrados por la entidad territorial y con el funcionamiento del fondo de salud, conforme al objeto para el cual fue creado.

CAPÍTULO II

ORIGEN Y DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS

ARTÍCULO 4. DE LA ESTRUCTURA DE LOS FONDOS DE SALUD.- Los fondos de salud, de acuerdo con las competencias establecidas para las entidades territoriales en las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, estarán conformados por las siguientes subcuentas:

1. Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud.
2. Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
3. Subcuenta de salud pública colectiva.
4. Subcuenta de otros gastos en salud.

PARÁGRAFO. Cada subcuenta presupuestal prevista en el presente artículo, con excepción de la subcuenta de otros gastos en salud, se manejará a través de una cuenta maestra, conforme a lo previsto en la presente resolución.

ARTÍCULO 5. PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS.- El presupuesto de los fondos de salud de las entidades territoriales, se registrará por las normas presupuestales de las mismas, con sujeción a la Ley Orgánica del Presupuesto según el artículo 352 de la Constitución Política y deberán reflejar todos los recursos destinados a la salud, incluidos aquellos que se deban ejecutar sin situación de fondos. El ordenador del gasto del fondo de salud, en coordinación con la Secretaría de Hacienda respectiva, preparará el anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos del fondo de salud, para su incorporación al proyecto de presupuesto general de la entidad territorial, como fondo cuenta especial identificando al interior del mismo, cada uno de los conceptos de ingresos de destinación específica y cada uno de los conceptos de gasto, conforme a las subcuentas establecidas en la presente resolución, para lo cual deberán identificarse con un numeral rentístico específico.

PARÁGRAFO 1. La formulación del presupuesto de los fondos de salud de las entidades territoriales, se sujetará a los objetivos, programas y proyectos prioritarios y viables en los planes sectoriales de salud que se formulen en el ámbito territorial, en coordinación con los respectivos planes, políticas y programas nacionales.

PARÁGRAFO 2. Todos los gastos con cargo a los recursos del Fondo de Salud estarán reflejados en el plan financiero y presupuestal de la respectiva entidad territorial, y de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, los gastos con cargo a la subcuenta de salud pública colectiva estarán acordes con las acciones priorizadas por el Gobierno Nacional en el Plan Nacional de Salud Pública adoptado mediante el Decreto 3039 de 2007 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o reglamenten.

PARÁGRAFO 3. De conformidad con lo establecido en los artículos 91 de la Ley 715 de 2001 y 38 de la Ley 1110 de 2006, y según lo consagrado en el artículo 2º del Decreto 1101 de 2007, y demás

normas que las adicionen, sustituyan o modifiquen, las rentas y recursos incorporados a los Fondos de Salud son inembargables.

ARTÍCULO 6. INGRESOS DE LOS FONDOS DE SALUD.- A los fondos de salud deberán girarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica a salud, los ingresos corrientes de libre destinación asignados por la entidad territorial para el sector salud, la totalidad de los recursos recaudados en la entidad territorial respectiva que tengan esta destinación, los recursos destinados a inversión en salud y en general, los destinados a salud que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

En todo caso, no podrán administrarse recursos destinados al sector salud por fuera de las subcuentas que conforman los Fondos de Salud de la respectiva entidad territorial.

ARTÍCULO 7. INGRESOS DE LA SUBCUENTA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.- Serán ingresos de la Subcuenta de régimen subsidiado de salud los recursos destinados a la financiación de la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre determinada por la entidad territorial, procedentes de las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
2. Los recursos que se asignen de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
3. Los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación del régimen subsidiado en la respectiva entidad territorial.
4. Los recursos del componente de propósito general del Sistema General de Participaciones, conforme a lo establecido en el párrafo tercero del artículo 48 de la Ley 715 de 2001.
5. Los recursos de rentas cedidas destinados para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el literal c del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007.
6. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el artículo 47 de la Ley 1151 de 2007.
7. Los recursos de regalías destinados al régimen subsidiado.
8. Los recursos de las cajas de compensación debidamente autorizadas para administrar los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, los cuales se adicionarán sin situación de fondos, en sus respectivos presupuestos, en el monto correspondiente que vayan a contratar con la respectiva caja de compensación.
9. Los recursos aportados por los afiliados cuando hubiere lugar a ello, y los recursos aportados por los gremios, asociaciones y otras organizaciones quienes deberán girarlos al fondo de salud de acuerdo con lo pactado en los respectivos convenios.
10. Los recursos adicionales que a partir del año 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.
11. Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

12. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda.

PARÁGRAFO 1º. Los departamentos creados por la Constitución de 1991 que tienen corregimientos departamentales o reciben recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la financiación de la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, deberán constituir la subcuenta de régimen subsidiado de salud en la cual se manejarán los recursos de que trata el presente artículo. También se encuentra obligado a constituir la subcuenta de régimen subsidiado de salud el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

PARÁGRAFO 2º. De conformidad con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 715 de 2001, el parágrafo 1º del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y los Decretos 3260 de 2004 y 1054 de 2007, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, cuando proceda el giro directo a las EPS-S de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, las entidades territoriales procederán a presupuestar y contabilizar estos recursos sin situación de fondos.

PARÁGRAFO 3º. Cuando de la liquidación de los contratos suscritos en desarrollo del artículo 46 de la Ley 715 de 2001 y el Acuerdo 229 del CNSSS, se determinen saldos a favor de la entidad territorial, dichos recursos deberán ser incorporados en la subcuenta de subsidios a la demanda y permanecerán en ella hasta tanto se determine su destinación.

ARTÍCULO 8. INGRESOS DE LA SUBCUENTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA.- Serán ingresos de la subcuenta de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los destinados a la financiación de la atención en salud de dicha población, procedentes de las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones, destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, asignados por la Nación a cada entidad territorial, incluidos los recursos de aportes patronales que se presupuestaran y contabilizarán sin situación de fondos.
2. Los recursos de rentas cedidas e impuestos cedidos y de destinación específica para el sector salud de las entidades territoriales, los obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los transferidos por ETESA, excluyendo el porcentaje que como mínimo determina la ley para la financiación del régimen subsidiado, el porcentaje que como máximo se autoriza para la financiación del funcionamiento de las direcciones territoriales en los artículos 59 y 60 de la Ley 715 de 2001, y los recursos destinados al Fondo de Investigación en Salud.
3. Los recursos propios de las entidades territoriales que destinen a la prestación de los servicios de salud de su población.
4. Los recursos asignados por la Nación para la prestación de los servicios de salud a poblaciones especiales.

5. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
6. Los saldos de liquidación de contratos de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
7. Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

PARÁGRAFO. Todos los departamentos y distritos así como, los municipios que tienen la competencia de prestación de servicios de salud de baja complejidad, deberán constituir la subcuenta denominada Prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

ARTÍCULO 9. INGRESOS DE LA SUBCUENTA DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA.

Serán ingresos de la subcuenta de Salud Pública Colectiva, los destinados a financiar las acciones de salud pública colectiva con recursos procedentes de las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de las acciones de salud pública a cargo de la entidad territorial.
2. Las demás partidas diferentes al Sistema General de Participaciones que sean transferidas por la Nación para la financiación de las acciones de salud pública colectiva, tales como, los programas de control de vectores, lepra y tuberculosis.
3. Los recursos que se asignen a la entidad territorial para salud pública colectiva provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía.
4. Los recursos que se generen por la venta de los servicios de los laboratorios de salud pública, de conformidad con lo establecido en la reglamentación correspondiente.
5. Los recursos propios de las entidades territoriales que se destinen a la financiación o cofinanciación de las acciones de salud pública colectiva y para la prestación de los servicios de los Laboratorios de Salud Pública.
6. Los recursos de regalías destinados a salud pública.
7. Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.
8. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de acciones de salud pública colectiva.

ARTÍCULO 10. INGRESOS DE LA SUBCUENTA DE OTROS GASTOS EN SALUD.

- Serán ingresos de la subcuenta de otros gastos en salud, los siguientes:

1. Los ingresos corrientes de libre destinación asignados por la entidad territorial para el funcionamiento de las direcciones territoriales de salud.
2. Los recursos de rentas cedidas e impuestos cedidos y de destinación específica para el sector salud de las entidades territoriales, los obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los transferidos por ETESA, destinados a financiar los gastos de funcionamiento de las direcciones de salud, de conformidad con los artículos 59 y 60 de la Ley 715 de 2001, según el caso, y que no correspondan a los identificados en las restantes subcuentas.

3. Los recursos que para los departamentos y el Distrito Capital destina el Fondo de Investigación en Salud administrados por Colciencias de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 42 de la ley 643 de 2001.
4. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de proyectos de inversión o acciones de salud diferentes a las contempladas en las demás subcuentas.
5. Los recursos destinados a financiar proyectos de investigación en salud.
6. Los recursos transferidos por la Nación y las entidades territoriales para el pago del pasivo prestacional del sector salud causado a 31 de diciembre de 1993, de conformidad con los convenios de concurrencia, con y sin situación de fondos.
7. Los recursos destinados por la Nación y las entidades territoriales al desarrollo de las acciones de reorganización de redes de prestación de servicios de salud.
8. Los recursos de la participación de propósito general que los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª destinen libremente, para inversión o funcionamiento del sector salud.
9. Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

PARÁGRAFO 1. Los recursos destinados al Fondo de Investigación en Salud administrado por COLCIENCIAS constituye un recaudo con destinación específica para terceros, de conformidad con el artículo 42 de la ley 643 de 2001.

PARÁGRAFO 2. Los recursos destinados al programa de organización y modernización de redes, de que trata el artículo 54 de la Ley 715 de 2001, por su destinación específica no harán unidad de caja con los otros recursos.

ARTÍCULO 11. GASTOS DE LA SUBCUENTA DE REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD. Son gastos de esta subcuenta:

1. La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado - UPCS, para garantizar el aseguramiento a través de contratos suscritos con las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado. Siempre deberá identificarse si son apropiaciones con o sin situación de fondos.
2. El 0.2% de los recursos del régimen subsidiado de los distritos y municipios destinados a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza las funciones inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales.
3. Hasta el 0.4% de los recursos de esta subcuenta destinados a los servicios de interventoría del régimen subsidiado.
4. El pago a las Instituciones Prestadoras de Salud del valor correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado – UPCS contratadas únicamente cuando la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado sea objeto de la medida de giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTICULO 12. GASTOS DE LA SUBCUENTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. Son gastos de esta subcuenta:

1. Los destinados a garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
2. Los destinados a garantizar la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el POS subsidiado.
3. Los que se destinen para la prestación de los servicios de salud a las poblaciones especiales de conformidad con la normatividad que para tal efecto se establezca.

ARTICULO 13. GASTOS DE LA SUBCUENTA DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA. Son gastos de esta subcuenta:

1. La financiación de las acciones del Plan de intervenciones colectivas de salud pública a cargo de la entidad territorial, conforme a la reglamentación que para el efecto se expida.
2. La financiación de las acciones requeridas para el cumplimiento de las competencias de salud pública asignadas en la Ley 715 de 2001, o en la norma que la sustituya, modifique o adicione.

PARÁGRAFO. El talento humano que desarrolla funciones de carácter operativo en el área de salud pública de acciones colectivas, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, podrá financiarse con recursos propios, recursos de la participación de propósito general del Sistema General de Participaciones de la respectiva entidad territorial, recursos de salud pública del Sistema General de Participaciones y con los recursos de las transferencias nacionales para el caso exclusivo de las acciones de salud Pública de promoción, prevención, control y vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis y lepra.

El talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo de coordinación o dirección en el área de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, deberá financiarse con recursos propios y recursos de la participación de propósito general del Sistema General de Participaciones de la respectiva entidad territorial. No se podrán destinar recursos de esta subcuenta para el desarrollo o ejecución de actividades no relacionadas directa y exclusivamente con las competencias de salud pública o con las acciones de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública, que se defina.

ARTICULO 14. GASTOS DE LA SUBCUENTA DE OTROS GASTOS EN SALUD. Son gastos de esta subcuenta:

1. Los destinados a financiar proyectos de investigación en salud.
2. Los destinados a garantizar el funcionamiento de las direcciones de salud de las entidades territoriales.
3. Los destinados para garantizar el pago del pasivo prestacional del sector salud causado a 31 de diciembre de 1993, de conformidad con los convenios de concurrencia.
4. Los destinados a la financiación o cofinanciación de proyectos de inversión o acciones de salud diferentes a las contempladas en las demás subcuentas.
5. Los destinados por la Nación y las entidades territoriales al desarrollo de las acciones de reorganización de redes de prestación de servicios de salud.
6. Los demás gastos destinados a financiar las inversiones o acciones de salud diferentes de los contemplados en las demás subcuentas.

CAPÍTULO III

DEFINICIÓN Y OPERACIÓN DE LAS CUENTAS MAESTRAS DEL SECTOR SALUD

ARTICULO 15. DEFINICIÓN DE CUENTAS MAESTRAS. Para los efectos de la presente resolución, se entiende por cuentas maestras, las cuentas registradas para la recepción de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y a las cuales ingresarán la totalidad de los recursos de las subcuentas de régimen subsidiado, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de salud pública colectiva de los Fondos de Salud de las entidades territoriales, y solo aceptan como operaciones débito aquellas que se destinan a otra cuenta bancaria que pertenece a una persona jurídica o natural beneficiaria de los pagos y que se encuentre registrada en cada cuenta maestra, de acuerdo con los conceptos de gasto previstos en la presente resolución. Por lo tanto, existirá una cuenta maestra por cada subcuenta y toda transacción que se efectúe con cargo a las cuentas maestras, deberá hacerse por transferencia electrónica.

PARÁGRAFO 1. Los ingresos y gastos de la “subcuenta de otros gastos en salud”, no requerirá la apertura de cuenta maestra y sólo podrán manejarse a través de dos (2) cuentas bancarias según el concepto de gasto: de inversión en salud o de funcionamiento. En todo caso, deberán ser abiertas bajo la responsabilidad del respectivo representante legal, ordenador del gasto o responsable del Fondo de Salud, atendiendo criterios de seguridad y eficiencia en el manejo de los recursos públicos.

PARÁGRAFO 2. En ningún caso la totalidad de los ingresos y gastos de las subcuentas de régimen subsidiado, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de salud pública colectiva de los Fondos de Salud de las entidades territoriales podrán manejarse por fuera de las respectivas cuentas maestras.

En el evento de que a la vigencia de la presente resolución las entidades territoriales manejen en una o más cuentas, recursos de la subcuenta de régimen subsidiado por fuera de la cuenta maestra, deberán cancelarlas y girar los saldos a la respectiva cuenta maestra registrada en el Ministerio de la Protección Social, a más tardar dentro del mes siguiente a la vigencia de la presente resolución, so pena de la imposición de las sanciones previstas en la Ley.

ARTICULO 16. OPERACIÓN DE LAS CUENTAS MAESTRAS. Las cuentas maestras deberán abrirse en entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo segundo de la Ley 1122 de 2007. Para tal efecto, las entidades territoriales deberán suscribir convenios con entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, ubicadas en la capital del departamento, o en el distrito y municipio respectivo salvo que, en el municipio no existan instituciones vigiladas por esa Superintendencia, o en los eventos previstos en el literal c) del artículo 25 de la presente Resolución, en estos casos, las cuentas maestras se abrirán en el municipio más cercano del mismo departamento o en la capital del respectivo departamento.

La Dirección General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social, en coordinación con las dependencias respectivas, definirá las condiciones mínimas de los Convenios con las entidades financieras, los procedimientos de constitución y registro, y demás aspectos necesarios para el manejo de las cuentas maestras, e instruirá a las entidades territoriales sobre las mismas.

ARTICULO 18. REGLAS DE OPERACIÓN DE LA CUENTA MAESTRA DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD. Para efectos de los pagos que se deben efectuar desde la cuenta maestra del régimen subsidiado de salud, se deberán cumplir las siguientes reglas:

1. Registro del nombre o razón social de los beneficiarios de la cuenta maestra.
2. Registro del tipo y número de las cuentas de los beneficiarios.
3. Pago por transferencia electrónica a la cuenta del beneficiario.

Sólo podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras de régimen subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado EPS-S, las Entidades que efectúen la interventoría del régimen subsidiado de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 1. Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado tendrán una cuenta bancaria por departamento o a nivel nacional con un único Número de Identificación Tributaria NIT.

PARÁGRAFO 2. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las instituciones prestadoras de salud, únicamente cuando las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado sean objeto de la medida de giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTICULO 19. REGLAS DE OPERACIÓN DE LA CUENTA MAESTRA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. Para efectos de los pagos que se deben efectuar desde la cuenta maestra de la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se deberán cumplir las siguientes reglas:

1. Registro del nombre o razón social de los beneficiarios de la cuenta maestra.
2. Registro del tipo y número de las cuentas de los beneficiarios.
3. Pago por transferencia electrónica a la cuenta del beneficiario.

Sólo podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los prestadores de servicios de salud con quienes la entidad territorial tenga suscrito contrato, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios, y con los que no tenga contrato para la prestación de servicios de urgencias.

PARÁGRAFO. Cuando por orden judicial se presten servicios de salud por instituciones prestadoras de servicios de salud con las cuales no se tenga convenio o contrato, para efectos del pago, la entidad territorial registrará en la cuenta maestra el beneficiario del pago y la cuenta a la cual se hará la transferencia electrónica de fondos. Este registro será temporal hasta la realización del pago.

ARTICULO 20. REGLAS DE OPERACIÓN DE LA CUENTA MAESTRA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA. Para efectos de los pagos que se deben efectuar desde la cuenta maestra para la prestación de servicios de salud pública colectiva, se deberá cumplir las siguientes reglas:

1. Registro del nombre o razón social de los beneficiarios en la cuenta maestra.
2. Registro del tipo y número de las cuentas de los beneficiarios.
3. Pago por transferencia electrónica a la cuenta del beneficiario.

Sólo podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras de salud pública colectiva los siguientes:

- a) El talento humano certificado de la entidad territorial independiente de su forma de vinculación que ejecuten directa y exclusivamente acciones de salud pública colectiva.
- b) Las ESES de la respectiva entidad territorial, debidamente habilitadas para la ejecución de acciones de salud pública colectiva de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.
- c) Otras instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas para la ejecución de acciones de salud pública colectiva cuando, previa declaración de la autoridad competente, la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia.
- d) Proveedores personas naturales y/o jurídicas que no sean prestadores de servicios de salud, que desarrollen acciones de promoción de la salud, información, educación y comunicación, capacitación e investigación en salud pública, tales como, universidades, centros de investigaciones, fundaciones, instituciones y organizaciones no gubernamentales habilitadas, para el desarrollo de estas actividades.
- e) Proveedores personas naturales y/o jurídicas que no sean prestadores de servicios de salud, que presten servicios o suministren elementos, insumos necesarios para el desarrollo de las acciones de salud pública, así como, el apoyo logístico contenidos en el Plan de intervenciones colectivas de salud pública a cargo de la respectiva entidad territorial.
- f) Instituciones departamentales o municipales habilitadas que sean seleccionadas por la Dirección Departamental de Salud bajo la figura de concurrencia, para el desarrollo de acciones de intervenciones colectivas en los municipios en que la magnitud o complejidad de la problemática supera la capacidad resolutive local.

CAPÍTULO IV

REGISTRO DE LAS CUENTAS MAESTRAS

ARTÍCULO 21. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE CUENTAS MAESTRAS. El registro de las cuentas maestras de las subcuentas de régimen subsidiado, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de salud pública colectiva de los Fondos de Salud de las entidades territoriales ante el Ministerio de la Protección Social es obligatorio y se sujetará, según el caso, a los siguientes procedimientos:

- a) Solicitud de registro de cuentas.
- b) Solicitud de sustitución y terminación de cuentas registradas.

ARTÍCULO 22. SOLICITUD DE REGISTRO DE CUENTAS MAESTRAS. Toda solicitud de registro de una cuenta maestra ante el Ministerio de la Protección Social solo procede en aquellos casos que se

autorice la sustitución de las cuentas que se encuentran registradas ante esta entidad, o como consecuencia de la creación de una nueva entidad territorial. Para tal efecto, las entidades territoriales deberán diligenciar el formulario “Registro de Cuentas Maestras”, con sus respectivos anexos, suministrados por el Grupo de Presupuesto del Ministerio de la Protección Social y que hace parte integral de la presente resolución. Los responsables del registro de las cuentas maestras ante el Ministerio de la Protección Social deberán realizar las siguientes actividades:

a) Diligenciar en su totalidad el formulario y remitirlo al Grupo de Presupuesto del Ministerio de la Protección Social, debidamente firmado por el gerente de la entidad bancaria, el ordenador del gasto y el tesorero de la correspondiente entidad territorial.

b) Anexar al formulario copia legible del NIT de la entidad territorial, y copia de la cédula de ciudadanía, acto de nombramiento y acta de posesión del tesorero. Las cuentas bancarias que actualmente se encuentran registradas y activas por las entidades territoriales ante el Ministerio de la Protección Social para el giro de los recursos del Sistema General de Participaciones para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de salud pública colectiva, se tendrán como cuentas maestras en los términos de la presente Resolución, para lo cual, dentro del mes siguiente a la vigencia de la misma las entidades territoriales, deberán adelantar los ajustes a los convenios con las respectivas entidades financieras, debiendo comunicar al Ministerio de la Protección Social – Grupo de Presupuesto el ajuste respectivo, en el mes siguiente a su suscripción.

Sin perjuicio de lo anterior, las entidades territoriales, con el fin de garantizar el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, podrán sustituir las cuentas actualmente registradas, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la vigencia de la presente resolución, debiendo cumplir con los requisitos establecidos para tal fin.

ARTÍCULO 23. VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE REGISTRO. El Ministerio de la Protección Social a través del Grupo de Presupuesto verificará la información contenida en la solicitud de registro, debiendo para ello solicitar al Gerente de la correspondiente entidad financiera, dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de la solicitud, certificación o ratificación escrita del número de la cuenta enviada por la respectiva entidad territorial como cuenta maestra.

ARTÍCULO 24. REGISTRO DE CUENTAS. Para el registro de las cuentas maestras, una vez verificada o autorizada la solicitud, el Ministerio de la Protección Social a través del Grupo de Presupuesto realizará las siguientes actividades:

a) Registrará la cuenta en el Sistema Integrado de Información Financiera, SIIF.

b) Emitirá oficio de confirmación del registro de la cuenta en original y dos copias distribuidas así: original a la entidad territorial solicitante, copia 1 a la entidad financiera y la copia 2 al Archivo del Grupo de Presupuesto del Ministerio de la Protección Social. Una vez emitido el oficio mencionado, la cuenta maestra quedará activa en la base de datos del Sistema Integrado de Información Financiera, SIIF.

PARÁGRAFO. En ningún caso la entidad territorial podrá tener más de una cuenta maestra registrada para cada una de las subcuentas de régimen subsidiado de salud, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de salud pública colectiva, por lo

tanto, en forma previa al registro de una nueva cuenta maestra en el SIIF, la entidad territorial deberá enviar certificación bancaria de cancelación de la cuenta ya registrada.

ARTÍCULO 25. SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE CUENTAS MAESTRAS. Para la sustitución de las cuentas maestras receptoras de los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos del sector salud, se aplicarán las siguientes directrices:

a) Las cuentas maestras receptoras de los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos del sector no podrán ser sustituidas sin autorización escrita del Secretario General del Ministerio de la Protección Social, para lo cual el ordenador del gasto de la entidad territorial remitirá a la Secretaría General un oficio en el que justifique, de manera amplia y suficiente, su intención de sustituir la cuenta registrada atendiendo las causales previstas para ello en el presente artículo.

b) Las cuentas maestras respecto de las cuales se llegare a efectuar un embargo no podrán ser sustituidas, por cuanto sobre ellas pesa una medida cautelar que las afecta y su sustitución podría ser considerada como fraude a resolución judicial;

c) La sustitución de cuentas maestras sólo procederá por fuerza mayor debidamente comprobada y por la configuración de las siguientes causales, las cuales son de interpretación restringida:

1. Deficiencia comprobada de los servicios financieros prestados por la entidad financiera en la cual se tiene la cuenta.
2. Cierre de la sucursal bancaria donde se tiene la cuenta.
3. Apertura de sucursal bancaria en el municipio donde no existía ninguna entidad financiera.
4. Apertura de sucursal bancaria de la misma entidad financiera más cercana a la entidad territorial.
5. Destrucción de la sede de la entidad financiera por desastre natural o atentado terrorista.

PARÁGRAFO 1. Para la aplicación de la exención del Gravamen a los Movimientos Financieros - GMF, prevista en el numeral 9 del artículo 879 del Estatuto Tributario, corresponde a los tesoreros departamentales, municipales o distritales, la identificación, ante las entidades financieras, de las cuentas corrientes o de ahorro donde se manejen de manera exclusiva recursos públicos de los Fondos de Salud.

PARÁGRAFO 2. En ningún caso se podrán sustituir y terminar cuentas registradas sin la autorización por parte de la Secretaría General del Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 26. SOLICITUD DE TERMINACIÓN DE CUENTAS REGISTRADAS. Toda solicitud de terminación de una cuenta registrada ante el Ministerio de la Protección Social se efectuará simultáneamente con la solicitud de sustitución, debiendo para el efecto cumplir con lo señalado en el artículo anterior.

Una vez se cuente con la aprobación de la sustitución y terminación de la cuenta por parte del Grupo de Presupuesto de la Secretaría General del Ministerio de la Protección Social, el municipio procederá a diligenciar el formulario de “Registro de Cuentas Maestras” con sus respectivos anexos, suministrado por el mencionado Grupo y que hace parte integral de la presente resolución.

Los responsables de las entidades territoriales deberán realizar las siguientes actividades:

- a) Diligenciar en su totalidad el formulario y remitir al Grupo de Presupuesto del Ministerio de la Protección Social, debidamente firmado por el gerente de la entidad bancaria, el ordenador del gasto y el tesorero de la correspondiente entidad territorial.
- b) Anexar al formulario certificación bancaria de terminación de la respectiva cuenta.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 27. PLAZO PARA EL AJUSTE. Los Fondos de salud de las entidades territoriales se deben crear o ajustar por la respectiva entidad territorial dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente resolución, por la Asamblea o Concejo, según el caso, o por el respectivo jefe de la entidad territorial debidamente facultado.

PARÁGRAFO. Si vencido el plazo aquí previsto no se han creado o ajustado los Fondos de Salud conforme a lo establecido en la presente resolución, los servidores públicos competentes para adelantar este proceso, serán responsables disciplinaria y administrativamente, de acuerdo con las normas correspondientes.

ARTÍCULO 28. REGISTRO DE CUENTAS PARA LOS GIROS. Para el giro de los recursos a los Fondos de salud de las entidades territoriales, se deberán presentar ante las entidades competentes obligadas a girar, los documentos soporte para realizar el trámite de registro de las cuentas maestras. En el caso de los responsables del impuesto al consumo de licores y de cervezas y del Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo, para el giro de estos recursos se deberá registrar la cuenta respectiva, de conformidad con la destinación de los recursos. Cuando se sustituyan las cuentas maestras o las cuentas para el manejo de los recursos de la “subcuenta de otros gastos en salud”, deberá reportarse de manera inmediata tal sustitución a las entidades encargadas de realizar los giros.

ARTÍCULO 29. REPORTE DE INFORMACIÓN DE LOS FONDOS DE SALUD DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. Los departamentos y distritos reportarán al Ministerio de la Protección Social la creación o ajuste de sus Fondos de Salud, los municipios deberán reportar la creación o ajuste de sus Fondos de Salud al departamento, debiendo este último remitir la información consolidada al Ministerio, de acuerdo con las instrucciones que imparta el Ministerio de la Protección Social. Las entidades territoriales deberán presentar informes conforme a los instrumentos y periodicidad definida para tal fin por la Dirección General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social en coordinación con las Direcciones Generales y la Secretaría General, para los asuntos de su competencia.

ARTÍCULO 30. VIGILANCIA Y CONTROL. El control fiscal de los Fondos de Salud de las entidades territoriales, se hará conforme a lo establecido en el artículo 89 de la Ley 715 de 2001 y demás normas concordantes, para lo cual el ordenador y el administrador del Fondo de Salud, deberán suministrar oportunamente la información que soliciten los organismos de control.

ARTÍCULO 31. RESPONSABILIDAD EN EL CONTROL DE LOS RECURSOS Y EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES SOBRE FLUJO DE RECURSOS. Las cuentas maestras y demás cuentas para el manejo de recursos de los Fondos de Salud, deberán ser abiertas bajo la responsabilidad del respectivo representante legal, ordenador del gasto o responsable de cada fondo, atendiendo criterios de seguridad y eficiencia en el manejo de los recursos públicos.

Además de las responsabilidades definidas en otras disposiciones legales y en la presente resolución, es responsabilidad de los representantes legales de las entidades territoriales y de los directores de salud o quienes hagan sus veces y demás funcionarios encargados del manejo de los recursos de los fondos de salud:

1. El oportuno y adecuado pago de las obligaciones adquiridas con cargo a los recursos del Fondo de Salud.
2. La aplicación de los recursos del sector salud, conforme a las disposiciones legales.
3. La seguridad, rentabilidad y liquidez de los recursos administrados en los Fondos de Salud.

PARÁGRAFO. Con los recursos de los Fondos de Salud no se podrán establecer pignoraciones, titularizaciones o cualquier otro tipo de disposición financiera distinta de las autorizadas por la Ley. Los representantes legales de las entidades territoriales deberán garantizar el cumplimiento de esta disposición.

ARTÍCULO 32. HECHOS SANCIONABLES. Sin perjuicio de los demás hechos sancionables fiscal, disciplinaria y penalmente, los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del sector salud en las entidades territoriales, se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, cuando incurran en las conductas señaladas en el artículo 17 del Decreto Ley 1281 de 2002 y el artículo 96 de la Ley 715 de 2001, o en las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, y que disponen:

1. No acaten las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. No rindan la información en los términos y condiciones solicitados por la mencionada Superintendencia.
3. Los datos suministrados sean inexactos.
4. No organicen y manejen los fondos departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a lo previsto en la ley, en el presente decreto y demás normas que lo adicionen o modifiquen.
5. Incumplan lo establecido en el Decreto Ley 1281 de 2002 sobre la aplicación de los recursos del fondo de salud.
6. Desatiendan las previsiones legales referentes al flujo de recursos del sector salud y al adecuado, oportuno y eficiente recaudo, administración, aplicación y giro de ellos.
7. Desvíen, retarden u obstaculicen el uso de los recursos del Sistema General de Participaciones. Estas conductas se tienen como falta disciplinaria gravísima.
8. Remitan información, para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, sobrestimada o enviada en forma incorrecta, induciendo a error en la asignación de los recursos.

ARTÍCULO 33. SANCIONES. Los servidores públicos que desvíen, retarden u obstaculicen, el uso de los recursos de los Fondos de Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 96 de la Ley 715 de 2001, incurrirán en las faltas disciplinarias que establece la ley y serán objeto de las sanciones establecidas en la misma, sin perjuicio de las demás sanciones previstas por la Ley penal, fiscal y demás sanciones previstas en la Ley.

ARTÍCULO 34. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial, el Capítulo 2 y el anexo 2 del artículo 13º de la Resolución 375 de 2006.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Bogotá, D. C., a los,
(Original firmado por)

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

Proyectó: Tilcia Helena Angarita

Revisó: JPTR/MBS

**FORMULARIO DE “REGISTRO DE CUENTAS MAESTRAS”
REGISTRO/SUSTITUCIÓN Y TERMINACIÓN DE CUENTAS MAESTRAS
DEL SECTOR SALUD**

Ciudad _____ Fecha _____

Señor _____

COORDINADOR GRUPO DE PRESUPUESTO

Ministerio de la Protección Social

Bogotá, D.C.

En cumplimiento de lo dispuesto en el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y su reglamento me permito solicitar para la operación y manejo de las cuentas maestras de los Fondos de Salud, a su vez, cuentas receptoras de los recursos del Sistema General de Participaciones, el siguiente procedimiento:

REGISTRO DE CUENTA MAESTRA SUSTITUCIÓN Y TERMINACIÓN DE CUENTA MAESTRA REGISTRADA

Procedimiento que recae, única y exclusivamente sobre la siguiente cuenta:

Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado de Salud

Cuenta Maestra de Prestación de Servicios de Salud en lo No Cubierto Con Subsidios a la Demanda

Cuenta Maestra de Salud Pública Colectiva Para tal efecto me permito CERTIFICAR la siguiente información:

1. Datos de la Entidad Territorial

Nombre del Departamento o Municipio _____ NIT _____

Departamento _____ Municipio _____

Dirección _____ Teléfono (indicativo) _____ Fax _____

Denominación de la Cuenta _____

2. Datos de la Entidad Financiera

Número de la cuenta _____

Tipo de Cuenta Ahorros _____ Corriente _____

Nombre Entidad Bancaria _____ Código _____

Sucursal _____ Código _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____

Número y Fecha del Convenio para la operación de la cuenta maestra _____

Nombre y Firma del Gerente de la entidad bancaria _____

3. Beneficiarios autorizados para débito automático de la cuenta maestra según el respectivo Convenio

Razón Social NIT Entidad Bancaria Número de Cuenta Tipo A C

Nombre del ordenador del gasto _____ Firma _____

Nombre del Tesorero _____ Firma _____

Este formato debe venir completamente diligenciado, según el caso, y firmado junto con las fotocopias de NIT del Municipio, Certificado de Cámara de Comercio, Acta de Nombramiento y posesión del Señor Tesorero, Póliza de manejo de la cuenta vigente y original de certificación bancaria.